附件4

从事传统医学临床实践证明

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 从事传统医学实践活动机构名称 |  |
| 从事传统医学实践活动地址 |  市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 从事传统医学实践活动时间 | 年 月至 年 月（共计 年 月） |

证明人： 联系电话：

负 责 人（签名）：

单位名称（盖章）： 区县卫生健康局（盖章）：

年 月 日 年 月 日