附件4

中医医术专长实践证明材料

（任选一项）

|  |
| --- |
| 一、县级卫生健康行政部门证明 |
| 兹证明：姓名 ，年龄 ，性别 ，身份证号码 。经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在 （行医地点）多年从事中医医术实践。   签字并盖章 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 二、所在居委会、村委会证明 |
| 兹证明：姓名 ，年龄 ，性别 ，身份证号码 。经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在 （行医地点）多年从事中医医术实践。   签字并盖章 年 月 日 |

|  |
| --- |
| 三、10名以上患者推荐证明（注：患者就诊时间需跨5个年度以上） |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 家庭详细住址 | 联系方式 | 所患疾病 | 就诊时间 | 患者承诺 | 签字、按手印 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | 本人对以上填写内容真实性作出承诺，并自愿承担相应法律责任。 |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 县级卫生健康行政部门联合乡镇卫生院（社区卫生服务中心）访谈情况： 经访谈了解，以上患者推荐情况属实。  负责人签字：  （盖章） 年 月 日 |