附件6

从事中医医术实践活动证明

（供村（居）委会或县级卫生健康中医药主管部门用）

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号码 |  |
| 从事中医医术实践活动机构名称 |  |
| 从事中医医术实践活动地址 |  市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 |
| 从事中医医术实践活动时间 | 年 月至 年 月（共计 年 月） |

经办人： 联系电话：

 负责人（签名）：

 单位名称（盖章）：

 年 月 日