附件4

中医医术实践证明材料

（在一、二、三中任选一项）

|  |
| --- |
| 一、县区卫生健康行政部门证明 |
| 兹证明：  姓名 ，年龄 ，性别 ，籍贯 ，  身份证号码 。  经审核，该同志于 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。  承办人签字： 单位盖章  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 二、所在居委会、村委会证明 |
| 兹证明：  姓名 ，年龄 ，性别 ，籍贯 ，  身份证号码 。  经审核，该同志于 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。  承办人签字： 单位盖章  年 月 日 |

|  |
| --- |
| 三、患者推荐证明统计表 |
| 县级卫生健康行政部门盖章： 被推荐人姓名： 临床实践地点： 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区） |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **姓名** | **性别** | **年龄** | **家庭详细住址** | **联系方式** | **所患疾病** | **就诊时间** | **就诊信息获取途径** | **同意推荐请签字手印** | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |  |  |  |  |  |  |  | □广告□介绍□慕名  □其他 |  | |