附件7

从事中医医术实践活动证明

兹证明：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 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