**附件10**

**从事中医医术实践活动证明**

（供村（居）委会或医疗卫生机构使用）

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