附件5

**从事传统医学医术实践活动证明**

（供实践机构、村（居）委会和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 |  |
| 从事传统医学医术实践活动机构名称 |  | | |
| 从事传统医学医术实践活动地址 | 市 县(区/市) 镇(街道) 村(路) 号 | | |
| 从事传统医学医术实践活动时间 | 年 月至 年 月（共计 年 月） | | |

实践活动机构经办人： 联系电话： 负责人（签名并机构盖章）：

村（居）委（盖章）： 县级卫生健康中医药主管部门

（意见并盖章）：

经办人（签名）： 经办人（签名）：

负责人（签名）： 负责人（签名）：

联系电话： 联系电话：

年 月 日 年 月 日