附件1

深圳市从事传统医学临床实践活动证明

（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：

从事传统医学临床实践活动机构名称（规范全称） ：

从事传统医学临床实践活动地址：

     市     县（区/市）     镇（街道）     村（路）    号。

从事传统医学临床实践活动时间：

 年    月至 年    月（共计    年    月）。

（以上信息考生自行填写，以下信息无需考生填写）

经办人：          联系电话：

                                 负 责 人（签名）：

          单位名称（盖章）：

                                         年    月    日