深圳市从事传统医学临床实践活动证明

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 ：

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）

经办人：          联系电话：

                                   负责人（签名）：

          单位名称（盖章）：

                                         年    月    日