附件5： 专业指导医师所在医疗机构证明

|  |
| --- |
|  |
| 兹证明：姓名 年龄 性别 身份证号码：经审核，于 年 月 日至 年 月 日（共计 年），在 医师指导下在我单位从事中医医术实践。医师资格证书编码：医师执业证书编码： 签字并盖章 年 月 日 |

注：2017年7月1日《中华人民共和国中医药法》实施后从事中医医术实践活动的须提供本证明。