附件3

离岗老年乡村医生执业信息证明

兹证明 同志，性别： 身份证号码： ，

于 年 月至 年 月在华蓥市 乡（镇） 村（社区）从事村医工作，累计从业时间为： 年 月。

同村或邻村居民（非直系亲属）证明：

证明人签字1（盖手印）： 身份证号码：

手机号码： 住址： 日期：

证明人签字2（盖手印）： 身份证号码：

手机号码： 住址： 日期：

证明人签字3（盖手印）： 身份证号码：

手机号码： 住址： 日期：

证明人签字4（盖手印）： 身份证号码：

手机号码： 住址： 日期：

其他乡村医生证明：

证明人签字（盖手印）： 身份证号码：

执业资格： 执业地点：

手机号码： 住址： 日期：

村主任核查签字（盖章）： 村党支部书记核查签字：（盖章）

 时间： 时间：