**河北省乡村医生从业经历证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  | | | 联系电话 |  |
| 乡村医生从业经历 |  | | | | |
| 村委会意见 | （盖章）  负责人签字：                      年   月   日 | | | | |
| 乡镇卫生院意见 | （盖章）  负责人签字：                     年   月   日 | | | | |