**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 |