**在册乡村医生证明**

**姓名： 性别： 身份证号：**

**该同志系我县（区）在册乡村医生。**

**注册为乡村医生时间： 年 月 日。**

**执业地点为： 县（区） 乡（镇）**

**村（居委会）卫生室。**

**特此证明。**

**出证单位（公章）：**

**经办人（签名）： 2017年 月 日**