附件3

关岭自治县民族医生考核报名推荐证明

（参考式样）

兹有我村（居、社区）居民 ，性别： ，民族 ，身份证号: 。自 年起，该居民通过家传、师承、自学等方式开展民族医药服务。现该居民积极响应上级政策，拟申请参加关岭自治县民族医生考核报名，经我村（居、社 区）对 开展民族医药服务情况了解，该居民作风正派，经验丰富，周边村寨居民认可度高。经研究，我村（居、社区）予以推荐该居民参加关岭自治县民族医生考核报名，恳请上级主管部门给予支持为谢!

特此证明

XXX村（居、社区）盖章

负责人签字：

年 月 日

备注：需在空白处加盖乡镇（街道）政府（办事处）公章并注明签字人及日期