附件4:

证 明 人 证 词

**证明人基本情况：**

姓名： ，性别： ,出生年月： ，职业： ，工作单位： ，电话：

现住址：

**证明内容：**

我与被证明人 系 关系。我证明被证明人于 年 月至 年 月，在 村卫生室工作。另有 、 、 可以证明。

情况属实，特此证明。

证明人（签名并按手印）：

年 月 日

**说明：**

1. 证明人需具备下列条件之一：

（1）在县卫生行政部门、乡镇卫生院或村卫生室从事管理、医疗、防疫等工作的管理人员（含资历相符的原管理人员）；

（2）村卫生室所在地村委会工作人员（含资历相符的原工作人员）；

（3）在本乡镇与被证明人同期从事乡医工作且原始物证材料齐全的原乡村医生；

（4）曾经工作、生活在乡村医生执业地点且熟悉该乡村医生从业经历的国家公职人员。

2. 证明人对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按相应党政纪有关规定处理外，还需承担相应经济方面的连带责任。

备注：此件一式两份，县、乡工作领导小组各一份。