附件4

关岭自治县民族医生考核报名推荐证明

（参考式样）

兹有我医疗机构从业人员 ，性别： ，民族 ，身份证号: 。该同志自 年起，到我机构开展民族医药服务。现该同志积极响应上级政策，拟申请参加关岭自治县民族医生考核报名，经我机构对 开展民族医药服务情况了解，该同志作风正派，经验丰富，予以推荐该同志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

医疗机构盖章

负责人签字：

年 月 日