**证 明**

­­­ 经审核，本单位 （医师姓名）， （医师性别）， （身份证号），2013年至今未发生因违反医疗卫生管理法规和诊疗规范常规受到的行政处罚、处分，未发生医疗事故等不良行为记录。

特此证明。

医师注册机构法人签字：

（单位盖章）

年 月 日