附件1

证明事项信息协查函

XXX部门：

我单位办理的 乡村医生执业注册 实行证明事项告知承诺制。因 现有条件无法实现在线核查 ，请你单位协助对以下申请人关于 关于村医疗卫生机构拟聘用证明 的情况进行核查：

XXX，身份证号码XXX，XXX,是否被 村医疗卫生机构聘用：

□是，情况属实

□否，实际情况为：

□相关情况无法查实

由于该行政事项的法定办理时限为 15 工作日,请尽快协助我单位开展调查核实,并在 *7* 日内函复我单位为盼。