附件10

编号：F-□□□□□□□□□或M-□□□□□□□□□

铜川市婚前医学检查专用证明（样表）

兹证明,性别，年龄岁，身份证号：，于年月日在我院（站、所）完成婚前医学检查。

特此证明。

 婚检机构（盖章）：

 日期： 年 月 日