附件2

传统医学确有专长考生临床实践

年限证明

考生 （身份证号： ），

从 年 月至 年 月依法在 从事中医 科临床实践，特此证明。

单位法人（签名）

临床实践机构（盖章） 县（市、区）卫健局（盖章）

年 月 日 年 月 日