附件2

**传统医学医术确有专长考生**

**临床实践年限证明**

考生 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ （身份证号:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )，

从\_\_\_\_年\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_月依法在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位从事中医\_\_\_\_\_科临床实践，特此证明。

负责人（签字) 单位（盖章)：

年 月 日