附件5

**传统医学确有专长考生**

**临床实践年限证明**

兹证明， （姓名） （性别： ，身份证号： ）自 年 月至 年 月在 （医疗机构名称，无机构的填具体实践活动地点） 从事中医科临床实践工作。

经办人： 联系电话：

单位名称（盖章）：

负责人签名：

2021年 月 日