附件3

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 单位从事中医 科临床实践，特此证明。

报考单位（盖章） 卫生健康委（盖章）

 年 月 日 年 月 日