附件8

2019年报考乡村全科执业助理医师

工作证明

兹证明考生    （身份证号码：   ）于 年 月 日至今在     乡镇卫生院或乡（镇）村卫生站（室）工作已满一年（附乡村医生执业证书复印件）。  
 （本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）  
                    

单位法人代表签字：

单位（盖章）：

区（市）县卫计行政部门（盖章）：

年   月   日