附件7

推荐医师从事中医临床工作

满10年证明

兹有医师 （身份证号码： ），自至

年 月 日至 年 月 日

在 （医疗机构） （科室）

从事中医 （专业）临床工作，已满 年。

特此证明。

医疗机构负责人签字：

医疗机构盖章：

年 月 日