附件1

指导老师从事中医临床工作年限证明

（无副高以上职称）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 身份证号码： |
| 单位名称： |
| 证明内容： |
| 所在单位意见： （盖章） 年 月 日  | 核准执业的卫生健康部门意见： （盖章） 年 月 日  |