附件2

传统医学医术确有专长考核考试人员五年以上临床实践证明表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 联系方式 |  | 身份证号码 | |  | |
| 从事中医临床实践起止时间 |  | 从事中医临床  实践所在单位  （**填写单位名称，单位负责人签字，并加盖单位公章**） | |  | |
| 区（市、县）卫生健康局（中医药主管部门）初审意见 | 审核意见：  核实人签名： （单位公章）  年 月 日 | | | | |

1．一律用蓝黑墨水钢笔或中性笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚；

2．表内的年月时间，一律用公历阿拉伯数字填写。