附件1：**中医确有专长考试人员临床实践证明表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | |  | | | |
| 执业  机构  意见 | （公章）  法人签字：                       年      月      日 | | | | | | | | | |
| 县（市、区）卫生计生委（卫生局）意见 | 意见：                   负责人：           （公章）                                 年      月      日 | | | | | | | | | |
| 市州卫生计生委（卫生局）意见 | 意见：                        负责人：           （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。