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。