附件2

**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 |
| 乡（镇）卫生院意 见 |  （公章）负责人签字： 年 月 日 |
| 县（区）卫生健康委意见 | 县（区）卫生健康委经办人意见： 签名： 县（区）卫生健康委主任签字： （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。