附件3

**传统医学医术确有专长考生临床**

**实践年限证明**

考生 （身份证号： ），

从 年 月至 年 月依法在

从事中医 科临床实践，特此证明。

临床实践机构（盖章） 县（市、区）卫健体局（盖章）

年 月 日 年 月 日