附件1：

**传统医学师承考生指导老师从事**

**中医临床工作年限证明**

考生 （身份证号： ），指导老师 （身份证号： ）。

从 年 月至 年 月依法在

从事中医 科临床工作，特此证明。

指导老师临床工作机构（盖章） 县（市、区）卫健体局（盖章）

年 月 日 年 月 日