**临床连续在职工作证明**

(不含硕士阶段的临床工作时间)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 照片（加盖工作单位人事部门章） |
| 性别 |  | 民族 |  |
| 以下由工作单位人事部门填写 |
| 起止日期 | 临床工作年限 | 工作单位 | 科室 | 工作单位人事部门 |
| 盖章确认 | 联系电话 |
|  |  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 |  |