**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 | |  |