附件

临床实践证明

<table>
<tr><td>姓 名</td><td></td><td>性 别</td><td></td><td>身份证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>民 族</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">临床实践起止年月</td><td colspan="3">临床实践（实习）单位</td><td>指导老师签名</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">指导老师资格证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">指导老师执业证号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>临床实践医疗机构</td><td colspan="6">审核意见：

盖 章

年 月 日</td></tr>
<tr><td>临床实践医疗机构所在区县卫生健康委员会</td><td colspan="6">审核意见：

盖 章

年 月 日</td></tr>
</table>