**师承合同公证日前**

**从事中医临床工作满15年证明**

兹证明本辖区 (医疗机构 名 称 ) 中医类别执业医师 \_ (身份证号 码： ),在其与师承学习人 (身份证号码： ) 签订的师承跟师合同公证日 年 月 日前从事中

医临床工作满15年。

经办人：

特此证明。

联系电话：

负 责 人 ( 签 名 ) :

单位名称(盖章):

日 期： 年 月 日

备注：该证明由核准医师执业的卫生健康行政主管部门出具