

附件 3

临床实践证明

姓 名		性 别		身份证号码	
出生年月		民 族		联系电话	
临床实践起止年月	临床实践 (实 习) 单位			指导老师签名	
指导老师资格证号					
指导老师执业证号					
临床实践 医疗机构	审核意见： <div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>				
临床实践 医疗机构 所在区县 卫生健康 委员会	审核意见： <div>盖 章</div> <div>年 月 日</div>				