附件8

**临床连续在职工作证明**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 学历 |  | 学位 |  | 学科专业 |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  |