附件2

传统医学师承实践地证明

参加2023年辽宁省传统医学师承出师考核的考生 ，在我单位跟师临床学习时间从 年 月 日 至 年 月 日，共计 年，特此证明。

指导老师执业机构（公章）：

年 月 日

指导老师执业机构所在县（区）卫生健康行政部门（公章）：

年 月 日