**参加工作及从事临床诊疗工作时间证明**

\_\_\_\_\_\_\_(姓名)，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(身份证号)，系我单位职工，兹证明该职工符合《中国医科大学2024年统考博士研究生招生章程》内“2015年之前参加工作人员，且连续从事临床诊疗工作两年以上”要求。

 单位盖章：

 年 月 日