

附件 4

临床工作年限证明

兰州大学：

兹有我单位职工_____，身份证号_____，自
年____月至____年____月在我单位_____（专业/科室）从
事临床工作，临床工作年限_____年，现报考贵校 2023 年临床医
学**专业学位**_____专业博士研究生。

特此证明！

单位（公章）：

年 月 日