附件5

执业医疗机构出具的相关证明（样本）

我单位xxx（医师资格证书编码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* ,医师执业证书编码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*)，\*\*\*\*年\*\*月\*\*日-\*\*\*\*年\*\*月\*\*日，在\*\*\*\*\*\*医院\*\*\*科从事\*\*\*\*\*工作，具有 年以上从事（美容外科/整形外科/牙科/口腔科/中医/皮肤病）专业临床工作经历，于\*\*\*\*年\*\*月\*\*日-\*\*\*\*年\*\*月\*\*日，在\*\*\*\*\*\*\*医院进行（医疗美容专业培训/进修）并经\*\*\*\*\*考核合格（或者：于\*\*\*\*年\*\*月\*\*日-\*\*\*\*年\*\*月\*\*日，在\*\*\*\*\*\*医院\*\*\*科从事医疗美容临床工作\*\*\*\*年）。

特此证明。

公 章

年 月 日