本专业临床工作年限证明

福建省肿瘤医院：

兹有我单位职工 ，身份证号 ， （职称）。自 年 月至 年 月在我单位 （专业/科室）从事临床工作，符合肿瘤消融治疗技术规范化培训资质要求。

特此证明！

单位（公章）

年 月 日