附件2

**盲人从事医疗按摩工作年限证明**

经确认　 同志（身份证号码： ，中华人民共和国残疾人证号码： ）从　 年\_\_\_\_月至　 年　 月在我单位 岗位上连续从事医疗按摩　 年。

特此证明，并对本证明的真实性负责！

医疗机构执业许可证登记号：

附：医疗机构的《医疗机构执业许可证》副本的复印件

**（加盖出具证明单位公章）**

证明单位（盖章） 法人签字：

经手人签字： 单位固定电话：

卫生行政部门（盖章）

年 月 日