附件2：

工作证明

兹证明 同志（身份证号： ）自

 年 月至 年 月系我单位 （编制内/编制外合同制）职工，在我单位 (科室)从事

 (医师/护士等岗位)工作。

特此证明

 原单位人事部门（公章）

年 月 日