

附件 4

在职证明模板

xxx 同志, 性别: __, 身份证号码: _____. 自 ____ 年
月 __ 日入职 xx 医院, 现系我院 xx 科医生。该医生既往工作经历:

1. ____ 年 __ 月 __ 日至 ____ 年 __ 月 __ 日 XX 医院 (__ 级医院)

2. ____ 年 __ 月 __ 日至 ____ 年 __ 月 __ 日 XX 医院 (__ 级医院)

.....

特此证明。

单位联系电话:

联系人:

xx 医院(加盖公章)

年 月 日

注: 需用单位名头纸统一打印提供