

附件 5

收入证明模板

_____同志,性别:____。身份证号码:_____。自_____年
月入职_____医院,现系我院_____科医生。其工资构成
如下:

岗位(职务)工资: _____元

级别工资: _____元

薪级工资: _____元

基础绩效工资: _____元

其他: _____元

合计(大写): _____元

(以上数据为收入证明开具当月或上月工资额)

特此证明。

按照有关规定,在其医师规范化培训期间我院承诺为其发放基本工
资并缴纳社会保险。

单位联系电话:

联系人:

医院公章

年 月 日

注:需用单位名头纸统一打印办理