附件3：

工作经历证明

兹有 同志（身份证号为 ）系我医院工作人员。根据国家关于医疗机构等级评定有关标准，我院为 级 等医院。截止2020年 月 日，该同志在我单位从事 工作已累计 年 月，工作时间： 年 月 日至 年 月 日。

特此证明。

特别声明：

以上内容真实准确无误，如有不实，本单位愿承担一切法律责任。

（单位盖章）

2020年 月 日