附件3

**工作证明（参考模板）**

有我单位工作人员 ，性别 ，身份证号 ，政治面貌 ，我单位为 （二级/三级/...医疗机构），该同志为正式工作人员（临时聘用人员），该同志于 年 月至 年 月 在我单位 岗位，从事 工作，其最低服务年限 （已满、未满），最低服务年限为 年 月至 年 月。并附工作期间工资流水证明 年以上证明材料。

本证明仅作为同意考试用。

单位联系人：

联系电话：

单位（盖章）：

单位主要负责人：签字

年 月 日