

附件 1

工作证明

兹有我单位_____同志,身份证号码:_____,
系_____省(区、市)_____市(县)_____医院
具有执业医师资格的医生,自__年__月至今在我院_____科室
从事_____工作,此证明仅作该同志报名参加广西医科大学
2025 年在职医师攻读临床医学、口腔医学博士专业学位人员招生考试,
不作其他用途,本单位对此证明真实性负责。

特此证明。

部门联系人:

联系电话:

(单位)或人事部门(公章)

2024 年 月 日