工作证明

重庆医科大学：

兹证明， （申请人姓名），证件号码： ，为 （二级单位名称）正式职工。

该同志自 年 月 日（入职日期）起至今在我院

（具体科室）担任 职务，从事 工作。

截至本证明出具之日（ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_日），该同志已在本院从事临床工作三年及以上。

特此证明

单位人事主管部门（公章）：

单位人事主管部门负责人签名：

单位人事主管部门负责人电子邮件：

单位人事主管部门负责人联系电话：

年 月 日