

## 附件 7

# 工作证明

兹有我单位\_\_\_\_\_同志，身份证号\_\_\_\_\_，  
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  
从事医疗卫生工作。此证明仅作为该同志参加广西医科大学 2026 年报  
考攻读全日制专业学位博士研究生招生报名，不作其他用途，本单位  
对此证明的真实性负责。

特此证明。

部门联系人：

联系电话：

(单位) 或人事部门 (公章)

2026 年 月 日