附件4 ：

卫生健康系统工作经历证明

考生姓名 ，身份证号 ，系 （单位）工作人员， 年 月至 年 月在我单位从事 工作，工作期限 年。

特此证明。

证明人（签字）：

证明人（签字）：

（用人单位公章）

2022年 月 日