附件3

工作经历证明

潍坊市荣军优抚医院：

兹证明 同志，性别男（女），身份证号： 。自 年 月至 年 月在我单位 科室从事 专业工作。

工作期间该同志遵守国家法律法规，无任何违反职业道德的行为。我单位对该证明的真实性负责。

特此证明。

人事部门负责人(签名): 联系电话：

法定代表人(签名): 单位公章：

 年 月 日