工作证明

兹\_\_\_\_\_\_\_\_\_（同志），身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_，专业技术职称是（医师、主治医师、副主任医师、主任医师），自\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，于\_\_\_\_\_\_\_\_\_科室，从事临床工作。本岗位专业工作年限为\_\_\_\_\_\_\_\_\_年。

特此证明

备注：以上证明仅用于全科医生转岗报名用途。

工作单位（盖章）

 年 月 日