附件4

2024年深圳市高级家庭医生胜任力评估 报名工作证明

 兹证明 同志，性别 ，身份证号码 ，

于 年 月 日- 年 月 日，系 （单位）在职人员，岗位 。社康机构全科医学或中医全科领域执业满 年（时间计算截至2024年12月31日）。

证明人及联系电话：

单位（盖章）：

日期：