附件3：

工作经历证明

 同志（身份证号：）自20xx年x月x日--20xx年x月x 日在 (单位名称） 单位 科室从事（医疗/护理/后勤/其他）工作，系我单位（事业编制/控制总量/合同制）职工，我单位级别为：（如：三级甲等综合性医院/二级甲等综合性医院），特此证明！

 （单位盖章）

年 月 日