附件3

工作经历证明

县卫生健康局：

兹有 同志（身份证号： ），于 年 月 日至 年 月 日在我单位 岗位从事 专业工作。本单位属于 级(综合/专科）医疗机构。

特此证明。（此证明限参加巴东县2019年卫生健康系统自主招聘考试报名及资格审查使用）

 单位（盖章）

单位联系电话：

 年 月 日