附件2：

工作经历证明

兹证明，本单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,于\_\_\_\_年\_\_\_\_月至\_\_\_\_年\_\_\_\_月（/至今）在本单位从事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作。本单位等级为\_\_\_\_\_\_\_\_等级医院。

特此证明。

××××××（单位盖章）

年 月 日