证 明

兹证明：

我单位 ，身份证号： ，原专业技术岗位（职务）为 （例如：护师、主管护师、医师等），于 年 月转岗为 岗位（职务）。

本单位承诺此证明真实有效，愿意为提供虚假证明承担相应责任。

证 明 人：

联系电话：

单位（盖章）

2020年8月18日