

附件 2

专任教师人事隶属关系证明

兹证明_____同志（身份证号_____），系我校_____学院（系部）专任教师，同意推荐该同志申报高校教师资格。如有弄虚作假，本单位愿承担一切后果责任。

院系负责人签字：
（公章）

学校人事部门负责人签字：
（公章）

年 月 日

附属医院临床教学人员人事隶属关系证明

兹证明_____同志（身份证号_____），系我院_____科室职工，由学校人事部门纳入学校教师管理，同意推荐该同志申报高校教师资格。如有弄虚作假，本单位愿承担一切后果责任。

医院人事部门负责人签字：
（公章）

学校人事部门负责人签字：
（公章）

年 月 日