

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