附件6

工作证明（模板）

兹有XXX同志，身份证号:XXXXXXXXXXXXXXXXXX。该同志于XXXX年X月至XXXX年X月在我单位从事XXXX工作，单位性质属XXX。

附：医疗机构执业许可证副本复印件。

 单位负责人签字：

 年 月 日

 （单位盖章）