附件

专业技术工作经历证明

姓名：现资格名称：现工作单位：

曾于年月至年月在社区（医院、诊所）岗位从事工作。

单位名称（公章）： 法人签章：

于年月至年月在社区（医院、诊所）岗位从事工作。

单位名称（公章）： 法人签章：

于年月至年月在社区（医院、诊所）岗位从事工作。

单位名称（公章）： 法人签章：