附件2

工作经历证明（模板）

xxx同志，男（女），身份证号码：xxxxxxxxx,于xxxx年xx月至xxxx年xx月在我单位xx部（科、室、卫生室）从事xx岗位工作，属于xx性质（例：在岗不在编人员/乡村医生）人员。

特此证明

（此证明仅限2022年湖北省基层医疗卫生专业技术人员专项公开招聘工作人员面试资格复审时使用）

单位负责人：xxx（手写签名），xx职务

联系方式：

开具证明人：xxx（手写签名），xx职务

联系方式：

 XX单位（公章）

2023年 月 日