附件3

医疗机构工作证明

 兹证明XXXXX（医疗机构名称）为X级公立综合性医疗机构。 XXX（应聘人员姓名） ，男（女），身份证号码为XXXXXXXXXXXXXXX ，截止2023年2月21日已在该医疗机构从事执业范围内临床工作满2年。

医疗机构名称（盖章） 上级主管部门名称（盖章）

 年 月 日