附件3

**工作证明（样板）**

兹证明        （身份证号码：                ）为我单位 □固定   □临时  员工，于   年  月至   年 月在我单位          （科/部门）从事         工作。我单位现级别为  级 □公立   □民营医院。

该同志在我单位工作近三年年度考核情况为：2017年    、2018年     、2019年    。工作期间□有  □无 出现有效投诉或医疗事故、纠纷情况。

**单位盖章：**

 **年 月  日**