**附件3：**

**工作经历证明（承诺）**

本人　　　　　　，身份证号：　　　　　　　　 　　　　　，

于　　年　月至　　年　月在　　　　　 　　　　 　单位（ 级 等医院）从事　　　　 　　工作（共　　年　　月）。

报考人员（签名和手印）：

年　月　日

　证明人（签字）： 工作单位负责人（签字）：

　联系电话： 　联系电话：

工作单位名称（盖章）

年　月　日