附件4

工作经历证明

日照市中医医院：

兹证明 同志，身份证号 ，自 年 月至 年 月，在我单位 岗位（科室）从事 临床诊疗工作，累计 年 月。

特此证明。

单位人事部门负责人签字：

联系电话：

 （单位公章）

年 月 日