附件5

工作证明

兹证明 是我单位员工，身份证号码 ，在我单位 部门，任 职务，已满 年。

特此证明。

本单位保证上述证明真实有效。

本证明用于我单位员工申报2024年度全国卫生专业技术资格考试。

 单位负责人签字：

单位（盖章）

 年 月 日