

工作证明

兹证明现（原）我单位职工_____，性别：____，身份证号：_____，工作部门：_____，从_____年____月____日至_____年____月____日，在我单位从事_____具体工作。

我单位对其在我单位工作期间所从事工作内容的真实性负责，我单位为_____医院（填写医院等级）。

特此证明！

证明人（签字）：

证明人职务：

办公电话：

单位名称（人事部门章）

年 月 日

填表说明：

在同一单位，如部门或从事具体工作发生变动，需明确填写。