附件2：

**工作经历证明**

兹证明，XXX，性别X，身份证号：XXX，于X年X月X日至X年X月X日在XX单位（应写明全称X级X等专科/综合医院 ）从事何种工作任XX（职称或职务）。

单位名称（章）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日