附件3：

**工作证明**

兹证明 （身份证号码： ）为我单位 □固定 □临时 员工，于 年 月至 年 月在我单位 （科/部门）从事 工作。我单位现级别为 级 等 □综合 □专科医院。

该同志在我单位工作近三年年度考核情况为：2018年 、2019年 、2020年 。工作期间 □有 □无 出现有效投诉或医疗事故、纠纷情况。

单位盖章：

年 月 日