**相关工作经历证明**

兹有XXX，性别：X，身份证号：XXXXXXXXXXXXXXXXXX，于XXXX年X月入职本单位，XXXX年X月因XXXX（原因）离职，期间具体工作经历如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **起止时间** | **所在科室** | **所在岗位** | **担任职务** | **实聘职称** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

咨询电话：XXX-XXXXXXXX

特此证明

附：本单位医疗机构等级证明（已加盖鲜章）

证明单位（鲜章）

年 月 日