附件3：

工作证明

兹证明         ，身份证号码                  ，于    年    月    日——    年    月    日在我院从事               工作。

特此证明。

备注：此证明仅用于该同志报考剑河县妇幼保健院2022年公开招聘备案编制人员用，不作其他用途。本单位对此证明真实性负责。

部门联系人：

联系电话：

                                  （单位盖章）

                                  年   月   日