

卫生专业技术工作经历证明

姓名：_____，身份证号：_____，

现资格名称：_____，报考资格：_____。

于 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月 在

_____（单位）_____（科室/部门），从事（医疗 药学 护理 医技 卫管）工作。

单位盖章（公章）：

法人签章：

于 _____ 年 _____ 月 至 _____ 年 _____ 月 在

_____（单位）_____（科室/部门），从事（医疗 药学 护理 医技 卫管）工作。

单位盖章（公章）：

法人签章：

注：1.填写工作以来的全部工作经历。

2.如原单位已注销，须提供社保或原始劳动合同等证明材料。

3.可根据需要自行增加，也可另附。