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 日至 年 月 日在我单位 （科/部门）从事 工作。我单位现级别为 级 等 □公立 □民营医院。

该同志在我单位工作期间 □有 □无 出现有效投诉或医疗事故、纠纷情况。

特此证明。

单位地址：

联系电话：

联系人：

单位盖章：

年 月 日