附件3

**工作证明（样板）**

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,工作期间 □有 □无 出现有效投诉或医疗事故、纠纷情况。

我单位现级别为 级 □公立 □民营 医院。

 XXX单位（加盖公章）

年 月 日