**附件6**

**工作证明**

兹有我单位 同志，身份证号 ，系 省(区、市) 市（县） 医院具有执业医师资格的医生，自 年 月至今在我院 科从事医疗卫生工作。此证明仅作为该同志参加广西医科大学2025年报考攻读全日制（󠇠□临床医学 □口腔医学）博士专业学位研究生招生报名，不作其他用途，本单位对此证明的真实性负责。

特此证明。

部门联系人：

联系电话：

（单位）或人事部门（公章）

2025年 月 日