**工作证明**

 兹有我单位 同志，身份证号码： ，系 （专业）（主任/副主任/主治/住院）医生，自 年 月至今在 省（区） 市 医院 科室从事医疗卫生工作，现报名参加广西医科大学2023年全日制专业学位博士研究生招生考试。

特此证明。

**备注：此证明仅作报考广西医科大学2023年全日制专业学位博士研究生凭据，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）或人事部（公章）

 2022年 月 日