

工作证明

兹有我单位_____同志，身份证号码：_____，
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
科室从事医疗卫生工作，现报名参加广西医科大学 2024 年 (全日制/在职)
专业学位博士研究生招生考试。

特此证明。

部门联系人：

联系电话：

(单位) 或人事部门 (公章)

2023 年 月 日

备注：此证明仅作报考广西医科大学 2024 年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。