**卫生专业技术工作经历证明**

姓名： 身份证号： 现资格名称： 。报考资格： 。

于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（科室/部门），从事（□医疗 □药学 □护理 □医技 □卫管 其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）工作。

单位盖章（公章）： 法人签章：

于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（单位）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（科室/部门），从事（□医疗 □药学 □护理 □医技 □卫管）工作。

单位盖章（公章）： 法人签章：

注：1.填写工作以来的全部工作经历。

2.如原单位已注销，须提供社保或原始劳动合同等证明材料。

3.可根据需要自行增加，也可另附。