附件4：

**证 明**

同志于 年 月至 年 月在我单位

岗位工作。

特此证明

经办人： 单位负责人（签字）：

出证单位（盖章）

年 月 日

〔本证明适用于仅符合招聘对象第4点即在我市各类医疗卫生健康机构连续工作满两年并现在岗、按规定签订劳动合同和缴纳养老保险，且具有执业（助理）医师、执业护士、初级（士）及以上资格的报名对象。此类报名对象还需同时附劳动合同和缴纳养老保险证明。〕