**附件2**

工作经验证明

兹有同志（身份证号为）系我医院工作人员。根据国家关于医疗机构等级评定有关标准，我院为级等医院。截至2017年3月29日，该同志在我单位从事工作已累计 年 月，工作时间： 年 月 日至 年 月 日。

特此证明。

特别声明：

1．以上内容真实准确无误，如有不实，本单位愿承担一切法律责任。

 （单位盖章）

2017年 月 日