附件二

专业技术工作经历证明

姓名： 现资格名称： 现工作单位：

曾于 年 月至 年 月在 社区（医院、诊所） 岗位从事 工作。

单位名称（公章）： 法人签章：

于 年 月至 年 月在 社区（医院、诊所） 岗位从事 工作。

单位名称（公章）： 法人签章：

于 年 月至 年 月在 社区（医院、诊所） 岗位从事 工作。

单位名称（公章）： 法人签章：

于 年 月至 年 月在 社区（医院、诊所） 岗位从事 工作。

单位名称（公章）： 法人签章：