附件4

**工作证明（样板）**

兹证明 （身份证号码： ）为我单位员工，于 年 月至 年 月在我单位

（科/部门）从事 工作。我单位现级别为 级 等□公立□民营医院。

该同志在我单位工作近两年年度考核情况为：2022年 、2023年 。工作期间 □有 □无 出现有效投诉或医疗事故、纠纷情况。

 **单位盖章：**

**年 月 日**