附件4

年度考核证明

自贡市沿滩区卫生健康局：

兹有我单位（原有/现有）工作人员 某某 ，居民身份号码为 51030219xxxxxxxxxx ，现证明：

该同志近三年年度考核等次结果如下：

2021年年度考核结果为优秀（或合格）等次；

2022年年度考核结果为优秀（或合格）等次；

2023年年度考核结果为优秀（或合格）等次。

特此证明

单位主要负责人：（签字） 经办人：（签字）

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

（年度考核具体单位落款并盖公章）

\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日