附件3：

**工 作 证 明**

 同志于 年 月至 年 月在

单位 岗位工作。

报考要求具有相关工作经历的护理岗位（岗位编码152）的报名对象填写：本单位于 年 月通过三级医院等级评审。

特此证明

经办人：

 用人（用工）单位（盖章）

 年 月 日

备注：本证明适用于符合招聘对象第4点即在余姚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，以及报考要求具有相关工作经历的护理岗位（岗位编码152）的报名对象。上述报名对象还需同时附劳动合同和缴纳养老保险证明。