附件：

**证 明**

同志于 年 月至 年 月在我单位（单位等级： ） 岗位工作。

特此证明

经办人： 单位负责人（签字）：

出证单位（盖章）

年 月 日

〔本证明适用于非浙江省户籍且在本市各类医疗卫生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，并具有执业（助理）医师资格的报名对象。如有单位变动者，需分别出具相应单位的证明。以上报名对象还需同时附劳动合同和缴纳养老保险证明。〕