附件4

同志个人基层医疗机构工作简历证明

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 任职时间 | 任职单位 | 单位主要负责人签名 | 单位（公章） |
| 年 月 日至  年 月 日 |  |  |  |
| 年 月 日 至  年 月 日 |  |  |  |
| 年 月 日  至  年 月 日 |  |  |  |
| 年 月 日  至  年 月 日 |  |  |  |