**证 明**

兹证明我院职工\*\*\*， \*\*\*\*年\*\*月\*\*日至\*\*\*\*年\*\*月\*\*日在我院\*\*\*科室\*\*\*岗位工作，工作年限为\*\*\*年。我院现属于\*\*\*级\*\*\*等\*\*\*医院， \*\*\*\*年\*\*月\*\*日通过三级医院甲等评审（最初的评审通过时间）。

特此证明。

人事部门联系人：

 联系电话：

 \*\*\*\*\*\*（单位名称）

 年 月 日（印章）