**工作证明**

兹有我单位\_\_\_\_\_（同志）于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_部门，从事\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_工作，专业年限为\_\_\_\_年，现申请参加妇幼保健员（ ）考试，特此证明。

备注：此证明仅作报考凭据，不作其他用途。本单位对此证明真实性负责。

单位人事部门（公章）

 年 月 日