工作年限证明

\*\*同志 (身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* )，男/女，自20\*\*年\*\*月至20\*\*年\*\*月（或今）在我院\*\*科从事\*\*\*\*工作，目前职称为\*\*\*\*，特此证明！

\*\*\*\*医院

20\*\*年\*\*月\*\*日