工作经历证明

兹有 同志，身份证号： ,在 年

 月 日至 年 月 日于 单位从事护士岗位相关工作，从事护士岗位相关工作时间为 年。

特此证明。

 联系人：

 电话：

 单位：（盖章）

 年 月 日