附件3

工作证明

姓名： ，身份证号： ，现申请参加**医用设备使用人员业务能力**考试 专业，已从事 岗位共 年，工作简历如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **起止年月** | **单位名称** | **单位所在市（或县）** | **从事何种**  **岗位工作** |
| 年 月至 年 月 |  |  |  |
| 本人知晓本考试报考条件、资格审核相关要求，承诺遵守报考的有关要求，保证本次填报的信息完整准确、工作履历真实，如有虚假，愿意接受被取消申报资格、已参加考试则被取消当次考试所有科目成绩、已获得成绩合格证明则被注销的处理。    考生签名：  联系电话：  年 月 日 | | 该考生填报内容真实准确。  单位（盖章）：  经办人：  联系电话：  年 月 日 | |

备注：1.表格内考生、经办人应签全名，单位应盖章，否则不予受理。

2.此证明仅作报考医用设备使用人员业务能力考评考试凭据，不作其他用途。

3.不同单位工作时间可以累加，但须由各所在单位分别出具相应时间段的工作证明。