“省管县用”医务人员证明

兹有本单位编制外职工 ，身份证号： ，于 年 月至 年 月由医院同意派出，赴（县级医疗机构）参加 （“省管县用”对口帮扶、三级医院对口帮扶、迪庆、怒江脱贫攻坚人才支持专项）工作，共计 个月。符合本次“省管县用”医务人员公开招聘基本条件，同意该职工报考。

 XX医院医政（务）部门 XX医院人事科（盖章）

2023年XX月XX日