附件3

工作证明

兹有 同志，身份证号码： ，从事药学（或中药学）岗位工作 年。我单位所在（□都安瑶族自治县、□大化瑶族自治县、□隆林各族自治县、□那坡县、□三江侗族自治县、□乐业县、□融水苗族自治县、□凤山县、□东兰县、□德保县、□天等县、□罗城仫佬族自治县、□昭平县、□靖西市、□巴马瑶族自治县、□凌云县、□马山县、□忻城县、□田林县、□环江毛南族自治县）（请在所属自治县、市打勾）。特此证明。

单位（盖章）

年 月 日

工作单位联系人及联系电话：