工 作 证 明

兹有 ，身份证号 ，系我单位职工，所学专业为 ，该职工在 岗位上工作已满 年（截止2020年12月31日），现报考2020年医用设备考试 专业，条件符合。

特此证明。

单位名称（单位公章）

2020年 月 日