附件2

**2022年渭滨区卫生健康局卫生专业技术人员**

**加分证明**

兹有 同志，性别 ，身份证号 ，于 年 月 日至 年 月 日在 连续工作，已满 年。

特此证明。

单位领导签字：

单位联系电话：

（单位盖章)

年 月 日