

附件 3:

工作经历证明

兹证明_____, 性别_____, 身份证号_____,
____年____月至____年____月在我单位累计从事____
工作满_____个月。

该同志的养老、医疗等社会保险由我单位缴纳/我单位委
托_____单位代扣代缴。

城镇职工基本养老保险参保缴费证明由社保机构出具,
劳动合同需加盖单位公章。

特此证明。

证明人 (须两名同志签字):

联系电话:

(单位公章或单位人事部门公章)

年 月 日

注: 此证明材料打印有效 (证明人签字须手写)。