附件2

2021年医用设备使用人员

业务能力考评工作证明

 兹证明 （同志），身份证号： ，系我院在职在岗职工，于 年起已在我院 （科）从事 工作（专业） 年。

 特此证明。

 单位（公章）

年 月 日