附件3

昭通市2024年市直事业单位公开选调工作人员

工作经历及工作年限证明

 兹证明，本单位 同志，性别： ，身份证号码： ，该同志于 年 月 日进入我单位工作，于 年 月至今在 岗位从事 工作满 年，累计在

 （乡镇/县直）单位工作 满 年，并领取乡镇工作岗位补贴 个月。

 特此证明

参加选调人员所在单位盖章： 经办人：

年 月 日

参加选调人员所在单位主管部门盖章： 年 月 日