**附件3：**

**工作经历证明**

兹证明XXX，性别X，身份证号XXXX，XX年XX月至XX年XX月在我单位累计从事 工作满X年及以上。

该同志的养老、医疗等社会保险由XXX单位代扣代缴。

特此证明。

经办人：

联系电话：

证明人签字（两人以上）：

单位（人事部门）盖章

 年 月 日