附件4

辞职证明

菏泽市第三人民医院：

 兹有我单位原工作人员 ，身份证号 ，已于 年 月 日从我单位辞职。

特此证明。

原单位出具证明人签字：

出具证明人职务：

原单位联系电话：

（原用人单位公章）

2023年 月 日