在职证明

睡眠监测技术培训考试组委会：

兹证明\*\*\*\*\*医院\*\*\*医生/技师/护士已经从事我院睡眠监测中心工作\*\*\*个月，符合报考睡眠监测技术培训考试的标准，特此证明！

科室主任签名：\*\*\*

\*\*\*\*医院

日期

（需要加盖医院人事章或者公章）