附件2

**收入证明模板**

 同志，性别： 。身份证号码： 。自 年 月入职 医院，现系我院 科医生。其工资构成如下：

岗位（职务）工资： 元

级别工资： 元

薪级工资： 元

基础绩效工资： 元

其他： 元

合计（大写）： 元

（以上数据为收入证明开具当月或上月工资额）

特此证明。

按照有关规定，在其住院医师规范化培训期间我院承诺为其发放基本工资并缴纳社会保险。

单位联系电话：

联系人：

医院公章

年 月 日

**注：需用单位名头纸统一打印办理**