

附件 3

机关事业单位参保女职工人员类别证明

兹有我单位女职工（姓名）_____，身份证号码_____，人员类别如下（勾选选项）：

- ☐ 1. 该人员为我单位合同制聘用人员。
- ☐ 2. 该人员为我单位正式在编人员。
- ☐ 3. 我单位为自收自支机关事业单位。

特此证明！

单位经办人：_____，联系电话：_____。

单位（盖章）：_____

年 月 日