**公示情况报告**

XXX卫生健康委：

“2024年度卫生专业技术资格考试”我单位共有 人报名参加，我单位报名人员的相关岗位工作年限、毕业证书信息真实有效，已于 年 月 日- 年 月 日在 进行公示，并且以上人员确有在我单位依法从事相关专业的实践经历。

如提供虚假证明，我本人及单位愿接受相关处理。

附件： （单位名称）2024年度卫生专业技术资格考试公示人员信息一览表

负责人签字：

单位公章：

日期：