**附件5：**

研究方向证明

（姓名）系我校 （学院或系部） 级 （专业）学生（硕士/博士研究生），其研究方向为 。

特此证明。

单位（盖章）

年 月 日

注：本证明需应聘人员所在毕业学校院系或研究生处出具并盖章。

出具证明联系人： 联系电话：

中共党员证明

同志，于 年 月 日在 加入中国共产党， 年 月 日按期转为中共正式党员（现为预备党员的，可不用填写转正日期）。

特此证明。

党组织盖章

年 月 日

注：本证明需应聘人员党组织关系所在的党委组织部门或总支（支部）出具。

证明联系人（签字）： 联系电话：

同意报考介绍信

（姓名）系我单位（在职/在职定向研究生/在职委培研究生）人员，经研究决定，同意该同志应聘山东中医药大学附属眼科医院2023年公开招聘的工作岗位。

单位（盖章）

年 月 日

注：本介绍信需应聘人员所在单位人事部门出具。

出具证明联系人： 联系电话：