疫情防控一线编制外医务人员

单位推荐情况说明

考生 ，身份证号码 ，X年X月-至今为我单位编制外医务人员，在我单位工作满三年且考核合格，在疫情防控期间X年X月被认定为新冠肺炎疫情防控一线医务人员，佐证材料附后。

特此说明。

××单位（公章）

负责人：（签字）

年 月 日