附件：

**疫情防控一线编制外医务人员**

**单位推荐证明**

考生 ，身份证号码 ，XX年X月-XX年X月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XX年X月在XXXXXX（地点）参与疫情防控工作，被认定为新冠肺炎疫情防控一线医务人员，佐证材料附后。

特此证明。

 ××单位（公章） 主管行政部门（公章）

负责人：（签字）

 年 月 日