疫情防控一线编制外医务人员推荐说明

XXX同志，性别：男/女 ，（身份证号： ），20XX年 月 日认定为疫情防控一线的编制外医务人员，认定时间到2023年5月29日未满3年；该人在本单位工作满3年且考核合格。

XXXXXX医院 XXXXXX卫生健康局

（推荐意见） （认定意见）

负责人签字： 经办人签字：

2023年 月 日