附件4

疫情防控一线编制外医务人员

单位推荐情况说明

×××（考生姓名）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

（盖章）

 ××年××月××日