附件9

新冠肺炎疫情防控一线医务人员证明

姓名： ，性别： ，身份证号码： ，系我单位 （在编/外聘）职工。于 年 月 日被认定为新冠肺炎疫情防控一线医务人员。

特此证明！

主管领导签字：

联系方式：

用人单位名称（公章）：

年 月 日

经办人：

联系电话：

主管单位名称（公章）：

年 月 日