

公共卫生领域工作经验和保障学习时间 证明

中国疾病预防控制中心：

兹证明我单位_____同志，证件号码：_____，
自_____年_____月_____日从事公共卫生领域工作起，至 2026
年 9 月 1 日具备_____年的公共卫生领域工作经验。如该同
志被你单位录取为博士研究生，我单位承诺保障其学习时间，
助力其顺利按要求完成学业。

特此证明。

单位名称（公章）：

2025 年 月 日