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____日在我单位从事公共卫生领域工作起，至 2027 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全日制博士研究生，我单位承诺将保障其在读期间的学习时间，助力其顺利按要求完成学业。

特此证明。

单位名称（公章）：

2026 年　月　　日