附件一：

# 领 证 介 绍 信

淄博市卫生健康事业发展中心：

兹有 同志，身份证号 前往你处办理领取以下 名同志 证书事宜，请予接洽为盼。

 （后附合格人员名单…………）

（盖 章）

 年 月 日