**解除集中隔离医学观察告知书**

\_\_\_\_＿＿先生／女士，身份证号码：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿，按照《中华人民共和国传染病防治法》相关规定，经卫生部门评估后决定自\_\_＿年\_\_月\_\_日起解除对您的集中隔离医学观察，并对您给予我们工作的支持和配合表示衷心感谢。

医学观察对象签收：

此告知书可作为单位带薪休假/学校请假凭证。

＿＿疾病预防控制中心

2020年＿月＿日