**附件2**

**单位委托培训证明**

兹有我院职工×××同志，性别：×，年龄：××岁，身份证号码：×××××××。××年××月毕业于×××医学院×年制本科（硕士研究生）×××专业。经医院研究决定：同意选派该同志参加成都市妇女儿童中心医院×××专业基地2023年的住院医师规范化培训，培训时间为×年。

特此证明。

单位名称：××××（盖章）

年 月 日