附件2

委托培训函

广元市中心医院：

我院为 级 等（综合型/专科性）医院。因职工个人申请，经我单位研究，现同意以下医师到贵院参加住院医师规范化培训。

姓 名：

性 别：

职 称：

身份证号：

 单位名称：

（加盖公章）

年 月 日