**单位同意报考证明**

我单位委派 同志（身份证号： ） 参加2024年住院医师规范化培训招收考试，报考基地：

，报考专业：1. （第一志愿）、2.

（第二志愿）、3. （第三志愿），报考志愿 □服从 □不服从 调剂。（此处不选择，则视为服从调剂）。

我单位熟知并理解住院医师规范化培训政策，同意该同志以上所报专业志愿。该同志一经录取，我单位承诺：1.确保其参加培训；2.在培训期间按照政策保障其享受相关待遇。

（单位盖章）

年 月 日

单位联系人：

联系电话：