附件1

同意参加助理全科医生培训证明

xxx同志，性别： 。身份证号码： 。自 年 月入职，现系我院 科医生。

该同志工作经历如下：

1. 年 月 日至 年 月 日 XX医院\*\*科（ 级医院）

……

我单位同意该同志以全脱产方式参加助理全科医生培训。参照《河北省住院医师规范化培训学员人事管理若干意见(试行)》（冀卫发〔2017〕9号）等有关规定，参加助理全科医生培训期间，该同志人事档案由我院管理，我院承诺在助理全科医生培训2年期间为其发放基本工资 (指岗位工资和薪级工资)和基础性绩效工资并缴纳社会保险。

特此证明。

单位联系电话：

联系人：

xx医院(加盖公章)

年 月 日

注：需用红色单位字头纸统一打印提供