工作单位委托培训报考同意书

兹有我单位 科职工 ，身份证号： ，现职称 ,已从事本专业工作满 年，现同意其报考2024年安徽医科大学第一附属医院专培基地 专科医师规范化培训。

报考人：

年 月 日

单位人事部门意见（盖章）：