

附件

单位委托培养证明

广州市第一人民医院：

根据国家住院医师规范化培训相关规定，现委派我单位工作人员
_____同志（身份证号码_____），前往
贵培训基地进行_____专业住院医师规范化培训，
培训期间原人事（劳动）、工资关系不变。请给予接收为盼。

单位（公章）

2024年 月 日

（单位联系人：_____，联系电话：_____）