附件2：

**委托培养介绍信**

周口市中心医院：

兹有我单位职工 等共 人，到贵单位参加2021年住院医师规范化培训，经单位研究，同意其脱产培训，培训期间本单位给予发放基本工资 元/人/月，请接洽。

特此证明！

单位联系人：

联系人部门及职务：

联系电话：

（负责人签字）

（单位公章）

年 月 日

 **医院参加住院医师规范化培训人员**

**基本情况信息一览表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 学历 | 招聘时间 | 报名专业 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |