附件2：

**住院医师规范化培训委托培养**

**介绍信**

新乡医学院第一附属医院：

兹有我单位 请填写单位名称（与单位公章一致） ，2019年招聘职工 职工姓名 ，性别 ，

身份证号 学历为：本科/研究生，到贵单位参加2019年住院医师规范化培训，培训专业为 ，经单位研究同意其脱产培训，请接洽。

特此证明

单位联系人：

联系人职务：

联系人电话： （签字）

 （单位公章）

 年   月   日