**附件2**

**单位推荐信**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考生姓名 |  | 考生性别 |  | |
| 考生年龄 |  | 考生单位 |  | |
| 是否已阅读《新余市中医院中医住院医师规范化培训对象招录公告》 | | | | 是 / 否 |
| 是否推荐考生参加中医住院医师规范化培训 | | | | 是 / 否 |
| 推荐单位对考生介绍与评述  单位负责人：  联系电话：  单位盖章：  时间： 年 月 日 | | | | |

注：推荐信须有单位负责人、联系电话及单位印章，所填内容必须属实，如发现弄虚作假者将取消考试资格。