附件2

委托培养住院医师单位介绍信

泰安市中心医院：

我院拟派送住院医师 ，培训专业： ,

身份证号： ，到贵院参加为期3年的住院医师规范化培训。

我单位负责的联系部门： ,联系人: ,

联系电话: 。

请贵院予以接洽!

 单位名称(盖公章)

 年 月 日