**介 绍 信**

山东大学口腔医院住院医师规范化培训基地：

兹有我院（在编/合同/总量控制）职工 （身份证号： ）需参加住院医师规范化培训且符合报名条件，我院同意其到贵基地进行住院医师规范化培训，并确保其遵照国家省市要求按时完成培训任务。培训专业为 ，请贵部门予以办理住培招录报名手续。

单位盖章 年 月 日