附件1

委培住院医师单位介绍信

山东第二医科大学附属医院：

我院本年度拟派送 住院医师，报考专业：

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: ，请贵院予以接洽为盼!

主管部门负责人签字：

 单位名称(盖公章)

 年 月 日