**附件3**

**委托培养介绍信**

**洛阳市中心医院：**

兹有我单位职工 等 人，到贵单位参加2024年住院医师规范化培训。经单位研究，同意其全脱产培训，培训期间，不转档案及人事关系。特此证明。

**参加培训学员名单：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 报名专业 | 毕业年份 | 招聘年份 | 学历 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位联系人姓名：
所在部门：

联系电话：

年 月 日

（加盖单位公章）