附件3

**委托培养介绍信**

扶沟县人民医院：

兹有我单位职工 ，身份证号码：

 ，到贵单位参加2024年助理全科医生培训，经单位研究同意其脱产培训，请接洽。

单位联系人：

联系人职务：

联系人电话：

 （负责人签字）

 （单位公章）

 年 月 日