**附件二 委托培养介绍信及工资证明**

**委托培养介绍信及工资证明**

平舆县人民医院：

   兹有我单位职工    共  人，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。培训期间我院给每人每月实际发放工资     元。

   特此证明

   单位负责人签名：

                 （单位公章）

                          年  月  日