附件2

**委托培养介绍信**

唐河县人民医院：

 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。

 特此证明

 单位联系人/部门：

 单位公章：

 时 间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **招聘年份** | **工资数量** | **毕业院校** | **部门联系人及方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |