附件2

**委托培养介绍信**

方城县人民医院：

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