

附件 3

委托培养学员单位介绍信

河南省直第三人民医院：

兹有我单位职工张三，男，身份证号 410XXXXXXXXXXXXXXXXXX，到贵院参加 2026 年助理全科医生培训，经单位研究同意其全脱产培训 2 年，并按照国家、省有关助理全科医生培训的工作要求培训期间我单位负责该同志的基本工资和相关保险，基本工资按照每月_____元进行发放。

特此证明。

单位联系人：_____

联系电话：_____

单位负责人签字：

(单位公章)

年 月 日