

单位同意培训证明

西华县人民医院：

兹有我单位职工 _____ ，到贵单位参加助理全科医生培训，经单位研究同意其脱产培训，培训期间原人事（劳动）、工资关系不变。

特此证明

单位联系人/部门：

邮箱：

单位公章：

单位负责人联系电话：

时间：

序号	姓名	毕业时间	毕业院校	联系电话