附件1：

**委托培养介绍信**

漯河市中心医院：

兹有我单位职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_共\_\_\_\_\_\_人，到贵单位参加2024年住院医师规范化培训，经单位研究同意其脱产培训，培训期间本单位给予发放基本工资，约\_\_\_\_\_\_\_\_

元/人，请接洽。

特此证明！

单位联系人：

联系人职务：

联系人电话：

 （负责人签字）

 （单位公章）

 年 月 日