附件2

**委托培养介绍信**

鹿邑县人民医院：

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** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |