**介 绍 信**

六安市中医院：

我单位委派 同志参加2023年度安徽省住院医师规范化培训，培训专业 （中医学/中医全科/中医助理全科）。

我单位确保熟悉并理解住院医师规范化培训政策，同意该同志参加住院医师规范化培训，并在此承诺：1.确保其参加培训；2.按照政策保障其在本单位的相关待遇；3.培训结束后，严格按照报考专业落实其工作岗位；4.其在培训基地违反规定或因个人其他原因无法正常进行培训，积极配合培训基地解决问题。

委派单位公章

年 月 日

单位联系人： 联系电话：