介 绍 信

六安市中医院：

我单位同意委派 同志(身份证号码： )以全脱产方式参加2025 年安徽省住院医师规范化培训🞎/助理全科医生培训🞎，培训专业：中医学🞎 中医全科🞎 中医助理全科🞎。

我单位熟知并准确理解住院医师规范化培训/助理全科医生培训的全部政策规定，且承诺：1.确保其参加培训；2.按照政策保障其享受相关待遇；3.培训结束后，严格按照报考培训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，积极配合基地解决问题。

委派单位公章

年 月 日

单位联系人： 联系电话：