附件

**单位委托培训证明**

兹有我院职工 同志，性别 ，年龄 岁，身份证号码 。 年 月

毕业于 (学校) 年制□专科□本科□硕士研究生 专业。经医院研究决定：同意选派该同志参加广元市中医医院 专业基地2025年的中医医师规范化培训。

特此证明。

 单位名称（盖章）：

 单位联系人：

 联系电话：

 年 月 日