|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**中医住院医师规范化培训**

**委托培训证明**

 兹有我院 医师，性别 ，身份证号码： ，为我院职工，月均收入为 元（附收入证明当月或上月工资发放明细表，相关部门审核签字），现申请至成都市中西医结合医院参加 2024 年中医住院医师规范化培训。

我院同意该职工到贵院参加中医住院医师规范化培训，并在培训期间严格按照国家要求保障其相关待遇和基本权益。

 特此证明！

医院（公章）

年 月 日