委培同意函

成都市第二人民医院：

 兹有我院在职职工 ，性别 ，身份证号：

 ，现同意其以“单位人”身份报考并参加贵院2024年住培医师规范化培训，培训专业基地为 。

 单位联系部门：

 单位联系电话：

 单位名称（盖公章）：

 年 月 日