附件

同意参加住院医师规范化培训证明

xxx同志，性别： 。身份证号码： 。自 年 月入职，现系我院 科医生。

该同志工作经历如下：

1. 年 月 日至 年 月 日 XX医院\*\*科（ 级医院）

……

我单位同意该同志以全脱产方式参加住院医师规范化培训。按照《关于进一步做好住院医师规范化培训与深化卫生专业技术人员职称制度改革衔接工作的通知》（冀卫函﹝2023﹞8号）等有关规定，参加住院医师规范化培训期间，该同志人事档案由我院管理，我院承诺在住院医师规范化培训3年期间为其发放基本工资 (指岗位工资和薪级工资)和基础性绩效工资并缴纳社会保险。

特此证明。

单位联系电话：

联系人：

xx医院(加盖公章)

年 月 日

注：需用红色单位字头纸统一打印提供