附件2

**同意送培证明（单位委培）**

 医院 同志（性别 ，身份证号 ，最高学历□本科 □研究生最高学位□学士 □硕士□博士 □无，学位类型□学术型 □专业型，本科学历专业： ，最高学历专业： ）。系/拟于 年 月招聘入院。招聘专业： ，科室 ，岗位招聘类别：□编制内□编制外□其他。现**同意**送至云南省第一人民医院 参加住院医师规范化培训，**培训专业**为 ，并承诺保障培训人员在送培单位应该享受的工资等待遇。

**注：培训专业必须与招生简章一致，否则无效。**

个人签名（手签，按手印）： 年 月 日

科室意见（科主任签名、盖科章，此项仅限于本院培训医师）： 年 月 日

医务处/科意见（签名、盖章）： 年 月 日

人事处/科意见（签名、盖处章）： 年 月