**附件**

单位委托培养证明

玉溪市人民医院：

 同志，性别： ，身份证号： 系我单位职工，拟于2025年9月—2028年8月，在玉溪市人民医院以委托培养方式进行住院医师规范化培训的学习，住培专业： ，住培期间切实保证学习时间，严格遵守住院医师规范化培训管理规定。

单位联系部门：

单位联系人：

单位联系电话：

特此证明。

 委托培养单位（公章）

 2025年 月 日