附件4

单 位 证 明

兹有我院职工 ，男/女，身份证号为 ， 年 月参加工作，现为我院正式/合同职工，底薪为每月 元整。现单位同意委派其到河南中医药大学第三附属医院进行为期2/3年的中医医师规范化培训，报名专业：中医/中医全科。

单位法人/院长： 联系电话：

人事部门负责人： 联系电话：

特此证明！

单位名称（盖公章）

年 月 日