

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  
的中医住院医师规范化培训，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