**委托培养介绍信及工资证明**

**新乡市第一人民医院：**

**兹有我单位职工共人，到贵单位参加2021年住院医师规范化（全科）培训，其中同志于**

**年月毕业，年月入职，经单位研究同意其脱产培训。培训期间我单位给每人实际发放工资元。**

**特此证明**

**人事部门联系人、职务及电话：**

**单位公章**

**年 月 日**