证 明

阳江市人民医院住院医师规范化培训基地：

兹有我院 张三 同志，性别 ，身份证号XXXXXXXXXXX , XXXX 年毕业于 XXXX 学院 XXX 专业， XXX 学历，经个人申请，单位同意，现安排该同志报名参加阳江市人民医院2023年度助理全科学员招收考试。

我单位明确住院医师规范化培训助理全科相关政策，同意该同志报名志愿。该同志一经录取，我单位承诺：1.确保其参加培训；2.按政策保障其向后有关待遇。

 单位（盖章）

 年 月 日

单位联系人： 联系电话