附件

**单位委托培养证明**

遵义医科大学附属口腔医院：

兹有我院职工 ，性别 ， 年 月 日出生，身份证号码 ， 学历， 年 月 （学校）毕业，于 年 月进入本单位。现同意其以单位委培身份参加2024年住院医师规范化培训报名考试。

特此证明！

单位名称（加盖公章）：

年 月 日