**附件1**

**委派住院医师单位介绍信**

**滨州医学院附属医院：**

我院是 级 等医疗卫生机构，本年度拟派送名在职住院医师到贵院参加为期3年的住院医师规范化培训。以上人员的报考专业与在本单位从事临床岗位、执业范围一致，具体人员信息见下表。

我单位负责的联系部门：，联系人： ，

联系电话：。

请贵院予以接洽为谢！

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **从事专业** | **报考专业** | **身份证号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

（加盖单位公章）

 年 月 日