附件2：

单位同意报考证明

江门市五邑中医院：

根据国家住院医师规范化培训相关规定，现同意我单位工作人员\_\_\_\_\_\_同志（身份证号码\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ），以单位委派人身份报考贵基地中医住院医师规范化培训，培训期间其薪酬待遇（含社会保险）由本单位支付，请给予接收为盼。 （单位联系人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ）

此致

敬礼

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位（公章）

年 月 日