**附件3**

**单位委托培训证明**

兹有我院职工姓名：××，性别：×，身份证号码：×××××××。××年××月毕业于×××医学院×年制本科（专科）×××专业。经医院研究决定：同意选派该同志参加川北医学院院附属医院×××专业基地2024年的住院医师规范化培训，培训时间为×年。

特此证明。

单位名称：××××（盖章）

年 月 日