

温馨提示:

- 1.“单位人”培训期间不得变更委派单位或转为“社会人”。工作单位未最终确定者,请慎重选择。
 - 2.系统报名时的报考类别、专业、基地医院等内容须与此“介绍信”内容一致。不一致的无法通过审核。
 - 3.录取的培训对象,因个人且非不可抗力原因不报到退出或报到后退出培训的,自退出之日起2年内不得报名参加助理全科医生培训。
-

介 绍 信

安徽省卫生健康委员会:

_____同志,身份证号码:_____,现系我单位职工。
我单位同意该同志以全脱产方式报名参加2023年安徽省助理全科医生培训。报考类别:_____ ; 报考专业:_____ ; 报考基地医院: 1. _____, 2. _____, 3. _____。基地医院志愿 ☐ 服从 ☐ 不服从 ☐ 调剂 (此处不选择,视为服从调剂。调剂:录取至上述3个志愿之外的基地医院)。

我单位熟知并准确理解助理全科医生培训的全部政策规定,该同志一经录取,我单位承诺:1. 确保其参加培训;2. 按照政策保障其享受相关待遇;3. 培训结束后,严格按照报考培训专业落实其工作岗位。

(单位公章)

年 月 日

单位联系人:_____ 联系电话:_____