附件

同意送培证明

昆明医科大学第二附属医院：

兹有我单位职工，姓名：XXX，性别：XX，身份证号:XXXXXX，学历:XX，学位:XX，毕业学校:XXXX，毕业专业:XXX。根据住院医师规范化培训政策要求，同意派送XXX同志报名参加2025年住院医师规范化培训，培训专业：XXX，培训时间：3年。

我单位承诺培训期间不得以任何理由调用在培人员，并积极支持与配合培训基地管理工作。

特此证明！

单位名称（盖章）：

年   月    日