附件 3

同意送培证明（模板）

xxx 同志，性别：　　，身份证号码：　　。自　　年　月入职　　医院，现系我院　　科医生。

该医生既往工作经历：

1.　　年　月　日至　　年　月　日 XX 医院（　级医院）

2.　　年　月　日至　　年　月　日 XX 医院（　级医院）

……

其工资构成如下：

岗位（职务）工资：　　元

级别工资：　　元

薪级工资：　　元

基础绩效工资：　　元

其他：　　元

合计（大写）：　　元

（以上数据为收入证明开具当月或上月工资额）

我单位同意 xxx 同志以全脱产方式参加住院医师规范化培训。按照有关规定，在其住院医师规范化培训期间我院承诺为其发放基本工资并缴纳社会保险。

特此证明。

单位联系电话：

联系人：

xx 医院(加盖公章)

年　　月　　日

注：需用单位名头纸统一打印提供