介 绍 信

胜利油田中心医院：

同意我院 、 、 、 共 名住院医师报名参加住院医师规范化培训，培训期3年。委托单位培训工作负责人姓名 职务 联系电话 。培训期间协助培训基地做好学员管理工作，确保参培学员顺利完成培训。

特此证明。

单位负责人：

单位（公章）

年 月 日