附件

**同意送培证明**

现有我单位 年招录人员姓名： ，性别： ，出生年月： ，毕业学校： ，学位： ，专业： 。根据国家住院医师规范化培训政策要求，同意其报名参加中医住院（全科）医师规范化培训基地： 云南省中医医院 的培训，规培时限 3 年，时间从 2025 年 9 月 1 日起至 2028 年 8 月 31 止。

我单位承诺培训期间派出培训人员和我单位的原有工资关系不变，保证其享受基础性工资及其它国家规定的相关待遇，但不包含奖励性绩效；保证为其购买五险一金等社会保险，让其享受国家相关福利待遇；设专门人员定期向贵基地了解学员培训期间的学习和生活，积极协助解决其遇到的困难和问题。培训结束我单位派出人员必须及时返院工作，规培基地不得以任何理由留用。

特此证明！

单位相关部门联系人：

联系电话：

单位名称（公章）：

单位负责人（签名）：

年 月 日