附件1

单位证明

 ⅩⅩⅩ，身份证号码：ⅩⅩⅩⅩⅩⅩⅩⅩⅩ。是ⅩⅩⅩ医院在编人员，我院同意他（她）到江津区中心医院进行ⅩⅩⅩ专业住院医师规范化培训，且培训期间严格按照轮转计划到培训科室轮转，否则按照培训基地的制度给予相应的处罚或退培处理。学员在培训期间原人事（劳动）、工资关系不变，基本工资、国家规定的津贴补贴单位按国家相关政策执行。

 ⅩⅩⅩ医院 盖章

 年 月 日