附件1

**委托培养介绍信及工资证明**

新乡市第一人民医院：

兹有我单位职工同志到贵单位参加2024年住院医师规范化（全科）培训，该同志于年月毕业，年月入职，经单位研究同意其脱产培训。培训期间我单位给其实际发放基本工资元，培训期间原人事（劳动）、工资关系不变，社会保险由我单位承担。

特此证明

人事部门联系人、职务及电话：

单位公章：

 年 月 日