****附件2****

**委托培养介绍信及工资证明**

上蔡县人民医院：

兹有我单位职工     ，到贵单位参加2023年助理全科医生培训，经单位研究同意其脱产培训。培训期间我院给每人实际发放工资     元。

 特此证明。

     单位负责人签名：（单位公章）

年   月   日