

## 单位委托培养证明

贵州医科大学附属口腔医院：

兹有我院职工 ， 性别 ， 年 月 日出生，身份证  
号码 ， 学历， 年 月 （学校）毕  
业，于 年 月进入本院。同意其以单位委培身份参加 2024 年住  
院医师规范化培训，培训专业 。

特此证明！

单位名称（加盖公章）：

年 月 日