**介 绍 信**

开封市中心医院：

兹介绍我院 医师等 名报名参加贵基地住院医师规范化培训。我院同意该医师全脱产在贵基地培训36个月。该同志基本信息如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号 | 所属科室 | 报考专业 | 是否取得执业医师资格 | 学历 | 毕业时间 | 毕业院校 | 政治面貌 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

以上报名信息已核实无误。请予以接洽办理！

工作单位（与单位公章对应的官方全称）：

医院级别：□一级 □二级 □三级 □未定级

医院等次：□甲等 □乙等 □丙等 □未定等

医疗卫生机构类别：□综合医院 □中医医院 □中西医结合医院 □民族医医院 □专科医院 □疗养院 □护理院（站） □ 社区卫生服务中心 □社区卫生服务站

医疗卫生机构隶属关系：□中央属 □省、自治区、直辖市属 □省辖市（地区、州、盟、直辖市区）属 □ 县级市（省辖市区）属 □县（旗）属 □街道属 □镇属 □乡属

单位联系人： 单位（公章）：

联系人所属科室：

联系电话： 年 月 日