委托培训函

广西医科大学附属口腔医院：

\*\*\*\*\*医院为\*\*级\*\*等 综合型/专科型 医院，医院性质为\*\*\*。为提高临床医师能力，特请委派以下医师到贵院参加住院医师规范化培训。

委派人员名单：

1. 姓名： 性别： 职称： 身份证号：
2. 姓名： 性别： 职称： 身份证号：

单位人事部门联系人： 职务： 联系电话：

单位名称（公章）

年 月 日