**附件1**

 **单位委托培养证明**

姓名 ，性别 ，身份证号 ，毕业院校及专业 ，系我院职工。
 根据国家及湖北省相关规定，经个人申请，现同意其以委托培养的方式参加 2022年湖北省助理全科医师培训。
 特此证明！

委托单位名称（加盖单位公章）
年 月 日