住院医师规范化培训派送单位介绍信

及人员信息汇总表

威海市立医院：

我院拟派送 名在职住院医师到贵院参加为期3年住院医师规范化培训。具体人员信息见下表。

我单位负责的职能部门：

联系人：

电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 从事专业 | 拟培训专业 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位名称（加盖公章）

年 月 日