

介 绍 信

河南省人民医院：

兹有我单位_____，性别_____，身份证号为_____，系我院_____年_____月入职职工，现同意其委派到贵院参加 2025 级住院医师规范化培训，培训专业为_____。

主管院长：_____

主管院长手机号：_____

主管院长办公室固定电话：_____

主管院长办公常用邮箱：_____

主管部门负责人：_____

主管部门负责人手机号：_____

主管部门固定电话：_____

主管部门办公常用邮箱：_____

（请各单位务必提供准确信息，以方便后期培训情况反馈）

单位公章

年 月 日