附件1、单位同意报考证明-深圳市宝安区中医院

**单位同意报考证明**

兹有 同志，性别 ，出生日期： 身份证号： ，于 年 月 日至今在我院工作，我单位同意其以单位人身份报考深圳市宝安区中医院2023年住院医师规范化培训，其培训期间的工资、绩效及福利待遇（含社会保险）由我单位负责。

特此证明

单位负责人：

单位公章：

 日期：

备注：此证明需单位负责人签字并加盖公章，须用单位红头文件纸张打印，否则无效。