附件2

**委托培训函**

西南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，经医院讨论决定特委派 \*\* （性别： \*\* ，职称： \*\* ，身份证号： \*\*\* ）到贵院参加住院医师规范化培训。

单位人事部门联系人：

职务：

联系电话：

单位名称（盖章）

 年 月 日