附件2：

\*\*（单位）同意\*\*同志报考沧州市人民医院住院医师规范化培训证明

\*\*(姓名)，身份证号\*\*\*，系我单位\*\*职工，经单位领导班组研究决定同意该同志脱产三年，到沧州市人民医院参加为期三年的住院医师规范化培训。

特此证明。

 单位名称（盖章）：

 年 月 日