附件1：

同意参加住院医师规范化培训证明

同志，性别： 。身份证号码： 。

自 年 月入职，现系我院 科医生。

该同志工作经历如下：

1. 年 月 日至 年 月 日 医院 科（ 级医院）

……

我单位同意该同志以全脱产方式参加住院医师规范化培训。按 照《关于进一步做好住院医师规范化培训与深化卫生专业技术人员 职称制度改革衔接工作的通知》（冀卫函（2023﹞8 号）等有关规定，参加住院医师规范化培训期间，该同志人事档案由我院管理，我院承诺在住院医师规范化培训 3 年期间为其发放基本工资(指岗位工资和薪级工资)和基础性绩效工资并缴纳社会保险。

特此证明。

单位联系电话：

联系人：

xx 医院(加盖公章)

年 月 日

注：需用红色单位字头纸统一打印提供