**附件2**

**单位同意送培证明**

绵阳市中医医院：

按照四川省中医药管理局中医住院医师规范化培训大纲要求，我单位同意派送职工（姓名）   ，性别 ，年龄 ，身份证号码：   ，学历 ，专业    ，毕业学校       ，以我单位委托培训学员身份报名参加绵阳市中医医院2024年度中医住院医师规范化培训。培训期间，遵守培训相关法律法规，按照培训大纲要求，督促派送学员完成规培任务。并且承诺：按照相关要求，委托培训学员参培期间的人事(劳动)、工资关系不变, 委培学员工资、国家规定的津补贴及其他福利待遇（注：包含委培学员工资、绩效、五险一金或五险两金、其他津补贴和年终奖等）按国家和省相关政策规定，由我单位负责承担和保障。若培训过程中若出现违反上述相关规定的情况，规培自动失效。

特此证明。

               送培单位（加盖公章）：

               规培学员（签字捺印）：

           2024年  月  日