附件1：

单位委培证明

兹有我单位职工，姓名：               性别：

身份证：               ，同意该同志报考平坝区人民医院2022年助理全科医生培训招录考试并参加培训。

单位联系人：

联系电话：

                                 单位公章

2022年   月   日