**附件2**

**外单位委托培养报考同意书**

河源市人民医院科教科：

兹有我院职工 ，为 科医生，已从事本专业工作满 年，职称为： ，身份证号码： 。我院同意其报考贵院2025年委托培养类住院医师规范化培训学员，委培单位为： 。

工作单位全称（盖章）：

2025年 月 日