介 绍 信

菏泽市立医院：

兹介绍我院同志报名参加贵院2023年住院医师规范化培训招收工作，该同志基本信息如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 所属科室 |  | 招考专业 |  |
| 个人联系方式 |  | 单位联系方式 |  |
| 是否获得执业医师资格 |  | | |

以上报名信息已核实无误。

请予以接洽办理！

医院

（单位公章）

年 月 日