

附件 2

## 单位同意报考证明

阳春市人民医院:

兹有我院\_\_\_\_\_同志，性别\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_年毕业于\_\_\_\_\_专业，经个人申请，单位同意，现安排该同志报名参加贵院 2025 年度助理全科医生培训学员招收考试。

我单位明确助理全科医生培训相关政策，同意该同志以上所有报名志愿。该同志一经录取，我单位承诺：1. 确保其参加培训；2. 按政策保障其以后有关待遇。

单位（盖章）

年 月 日

单位联系人:

联系电话: