**附件1：**

**工作单位委托培养同意书**

中山大学附属第六医院：

兹有我院职工 ，为 科医生，已从事本专业工作满 年，身份证号码： ，现同意其报考为贵院2023年委托培养类住院医师规范化培训学员，我单位（即委培单位为： ）承诺在该学员培训期间，我院给予薪酬待遇不低于6000元/月。

联系人：

联系电话：

工作单位全称（盖章）：

2023年 月 日