**附件1：**

**湖北省住院医师规范化培训**

**委托培训证明**

**一、考生信息**

工作单位： 工作部门： 工作年限： 年 考生姓名： 身份证号码： 毕业学校： 毕业专业： 最高学历： 最高学位： 学位类别： 报考医院： 报考专业：

**二、委托培训关系证明**

为证明此考生确为本单位（以下称“委托单位 ”）职工，考生在参加培训基 地复试时需提交本委托培训证明的盖章原件，并提供社会保险缴纳证明复印件。

**三、委托单位须知**

根据《住院医师规范化培训管理办法》规定，委托单位应承担如下责任： 1.需与培训基地、委培学员共同签订三方协议书。

2.委培学员在培训期间，其人事（劳动）和工资关系仍属委托单位，基本工 资、社会保险由委培单位承担。

3.委培学员必须在培训基地按国家标准完成培训内容，并严格按轮转计划进 行轮转培训，不得缺岗。

4.委培学员培训结束后，培训基地不得留用。

**四、工作单位承诺**

承诺以上信息均属实，且经过工作单位（院级层面）同意报考和参加 住院医师规范化培训。如发现有故意谎报相关信息，将直接影响本单位的 诚信和在湖北省住院医师规范化培训的委托培训资格。

**工作单位盖章（医院公章）** **日期：** 年 月 日