单位介绍信

山东省精神卫生中心：

兹同意我院职工\*\*\*\*\*\*\*，身份证号\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*，到贵院进修\*\*\*\*\*\*\*\*专业，为期\*\*\*\*\*\*\*个月，希望进修时间\*\*\*\*\*\*年\*\*\*月至\*\*\*\*\*\*年\*\*\*月，如果不能如期安排，自愿顺延，服从安排。

进修事务负责人（盖章）：

联系电话：

年 月 日