

附件 3

xx（医院）介绍信

山东省精神卫生中心：

我院是__级__等医疗卫生机构，本年度拟派送__名在职住院医师到贵院参加为期 3 年的住院医师规范化培训，该住院医师拟培训专业与在我院从事的临床岗位一致。具体人员信息请见下表。

我院负责的联系部门为_____，联系人为_____，联系电话为_____。

请贵院予以接洽为谢！

序号	姓名	科室名称	身份证号	报考专业
1				精神科

委培单位（公章）：

年 月 日