

附件 2:

## 单位同意报考证明

兹有\_\_\_\_\_同志，性别\_\_\_\_\_，出生日期：\_\_\_\_\_身份证号：\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至今在我院工作，我单位同意其以单位人身份报考广州中医药大学深圳医院（福田）中医医师规范化培训，其培训期间的工资待遇（含社会保险）由我单位负责。

特此证明。

单位：（公章）

日期：