住院医师规范化培训委托培养函

××医院：

我院 ×× 同志，身份证号：×× ， ×× 年 × 月×日-××年×月×日，经我院同意委派到你院参加住院医师规范化培训。

特此函告

单位：××

 ××年× 月×日

联系人：×× 联系电话：××