**单位同意报考证明**

兹有我单位 同志，性别 ，出生日期： 身份证号： ，于 年 月 日至今在我单位工作，我单位同意其以单位人身份报考深圳市中医院2023年中医住院医师规范化培训，其培训期间的工资待遇（含社会保险及公积金）由我单位负责。

特此证明。

单位：

联系电话：

日期：