附件2：

介 绍 信

淄博市中心医院康复医师转岗培训基地：

兹有我院（在编/合同/总量控制）职工 （身份证号： ）需参加康复医师转岗培训且符合报名条件，我院同意其到贵基地进行康复医师转岗培训，并确保其遵照省市要求按时完成培训任务。请贵部门予以办理康复医师转岗培训招录报名手续。

谢谢！

单位盖章

 年 月 日