附件2：

**介 绍 信**

菏泽市第三人民医院康复医师转岗培训基地：

兹有我院（在编/合同）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。请贵单位予以办理康复医师转岗培训招录报名手续。

谢谢！

 单位公章

 年 月 日