脱产学习推荐表

重庆医科大学：

（申请人姓名），（证件号码： ），为我单位 （二级单位名称）正式职工。

我单位承诺，如果该同志被重庆医科大学录取，我单位同意该同志按照学校和院系要求于2019年9月至2020年6月脱产学习课程，于 年 月至 年 月到贵校 学院（系、所、中心）脱产进行科研或临床训练。

承诺单位全称：

单位人事主管部门（公章）：

单位人事主管部门负责人签名：

单位人事主管部门负责人电子邮件：

单位人事主管部门负责人联系电话：

年 月 日