附件：

xxx（单位）关于开展“基层医生岗位能力提升帮扶

培训项目”的复函

广东省医学教育协会：

贵协会2024年12月10日《关于开展“基层医生岗位能力提升帮扶培训项目”的公告》已收悉。经我单位认真考虑，现申请参加广东省医学教育协会、「名医传世」平台联合开展的“基层医生岗位能力提升帮扶培训项目”。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **申请理由** | **培训账号数量（一人一账号）** | **联系人** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |

特此复函。

 单位落款：

年 月 日：

（盖章）