# 收入证明

广州医科大学附属中医医院

 现委托贵院对我单位职工 ，身份证号 ，进行住院医师（全科）规范化培训，培训期间我单位继续负责发放基本工资、国家规定的社会保障等待遇（含养老保险、医疗保险、失业保险、生育保险、工伤保险及住房公积金），不低于本单位同等人员标准，约 **元/年**（大写 ）。

 特此证明

 XXXX医院

 （单位）联系人：

 （单位）联系电话：

 日期