报考北京天坛医院2024级博士研究生

考生所在单位人事部门意见

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **考生所在单位人事部门意见：** | | | | | | | | |
| 同意该生报考：首都医科大学附属北京天坛医院非定向全日制博士研究生。 | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 负责人签名： 年 月 日 单位盖章 年 月 日 | | | | | | | | |

郑重承诺以下事项：

我保证所提交的信息真实准确，信息修改、虚假或错误由本人自负。

考生（承诺人）签名： 年 月 日