

附件 3

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为在职申请学位人员，我单位同意该同志按照贵校和院系要求于 2023 年 9 月至 2024 年 7 月脱产学习课程，于____年____月至____年____月到贵校学院（系、所、中心）脱产进行课题研究。

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