**新疆医科大学第二附属医院进修人员院外住宿知情同意书**

新疆医科大学第二附属医院：

本人 ，性别 ，族别 ，身份证号 ，所属单位 ，于 年 月 日来新疆医科大学第二附属医院 中心/科室进修培训。本人已知晓医院培训管理规定，现因特殊情况，申请院外住宿，并承诺在外住宿期间遵守医院培训管理规章制度，出现问题责任自负，特此证明！

进修培训期间居住地址：

承诺人签字（手印）：

 联 系 电 话：

派出单位已知晓并同意我单位 （姓名）职工在新疆医科大学第二附属医院进修培训期间院外住宿。学员紧急联系人信息：

1.家属姓名 与本人关系 联系电话

2.工作单位联系人 联系电话

 派出单位（公章）：

 年 月 日