**同意全脱产攻读大连医科大学博士研究生的说明**

我单位同意 同志，身份证号 ，

报考大连医科大学20 年博士研究生，若该同志被大连医科大学录取为博士研究生，我单位将允许其在学业期限内全脱产在大连医科大学学习，不再为该同志安排相关工作任务，以保证其正常学习。

考生所在单位（盖章）：

负责人（签字）：

年 月 日