**关于同意** **同志全脱产攻读**

**大连医科大学博士研究生的说明**

同志，身份证号 ，报考大连医科大学20 年博士研究生。

该同志系我单位在职人员，若其被大连医科大学录取为博士研究生，我单位同意该同志其在学业期限内全脱产在大连医科大学学习，不再为该同志安排其他工作任务，以保证其正常学习。

考生所在单位（公章）：

负责人（签字）：

年 月 日