**脱产学习证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 专业 |  | 手机号码 |  |
| 身份证号 | | |  | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | |
| 档案管理单位 | | |  | | | | |
| 单位（或档案管理单位）意见 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志为我单位（在职职工□，暂缓就业学生□，人事代理人员□），其申请国家艺术基金2024年度艺术人才培训资助项目，如该同志被录取，我单位同意其脱产学习，特此证明。    主管领导签字：  盖章：  年 月 日 | | | | | | |