

# 证 明

姓名\_\_\_\_\_, 性别\_\_\_\_\_, 身份证号\_\_\_\_\_.

该生自\_\_\_年, \_\_\_月起在本院\_\_\_\_\_ (参

照附件 1 填写住培专业) 进行住院医师规范化培训。

住培基地名称:

(单位盖章)

年 月