附件2

住院医师规范化培训证明

兹证明 ，性别 ，身份证号 ，为我住院医师规范化培训基地 级住培学员，培训专业 ，培训时长 月，培训时间 年 月至 年 月。

特此证明。

住院医师规范化培训基地管理部门（盖章）

年 月 日