规培证明

兹证明（姓名） ，身份证号：

为 学校 专业全日制专业学位研究生 ，于 年 月至 年 月在

参加住院医师规范化培训，培训专业： 。

特此证明。

规培基地负责人(签字)：

联系电话：

（规培基地名称及盖章）

年 月 日