**证 明**

姓名： ，性别： ，身份证号： ，自 年 月 日至 年 月 日在我院参加住院医师规范化培训，培训专业： ，已参加2023年住院医师规范化结业考核。

特此证明。

（涂改无效）

培训基地名称（盖章）

年 月 日