附件1

住院医师规范化培训在培证明

兹有 性别: 年龄: 身份证号:;现为医院住院医师规范化培训基地在培学员，学员证号:，规培期间为:年月至年月。

特此证明

证明人：

联系方式：

医院（签章）

年 月 日