**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