附件3：

住院医师规范化培训医院证明

海东市第二人民医院：

　　\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_同志，性别\_\_\_\_\_\_\_ ，政治面貌\_\_\_\_\_\_\_，身份证号码：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 。于\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日至\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日在我院\_\_\_\_\_\_\_\_科参加住院医师规范化培训。

　　特此证明 。

　　　　　　　　 单位名称：(盖章)

\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日