附件4

住院医师规范化培训证明

 兹证明　　 同志，性别 ，身份证号码为 ，现正在我单位接受 专业住院医师规范化培训，规培时间为 年 月 日至 年 月 日。

特此证明。

 XXXXXXX医院 （单位公章）

 年 月 日