附件3

住院医师规范化培训在培证明

兹有学生　 　　,性别 ， 年 月出生，身份证号码 。该生于 年 月进入我院 专业住院医师规范化培训，培训期限 年，预计于 年 月结业，取得住院医师规范化培训合格证书。

特此证明。

经办人（签名）：

经办人联系电话：

住培单位

（盖章）

年 月 日