住院医师规范化培训证明

姓 名 _____，性 别 _____，所 在 单 位 名称_____，自_____年起至今正在参加住院医师规范化培训，培训基地医院名称为_____，培训专业为_____，特此证明。

所在单位（盖章）　　培训基地 （盖章）

年　　月　　日　　年　　月　　日

本 人 承 诺

本人已知晓并认可在学期间如不能取得住院医师规范化培训合格证书，不能申请硕士学位。

本人签名：

年　　月　　日