附件3

住院医师规范化培训证明

**（样式）**

兹证明 同志（身份证号： ），于 年 月至2024年 月在 （单位）参加 （专业）住院医师规范化培训，培训期限 年。

特此证明

 XXX单位（盖章）

年 月 日