证 明

兹证明，XXXX(填写上级医疗机构名称)是XXXX(填写考生本人试用机构名称)上级医疗机构，该单位无合格的带教老师，由上级单位XXXX(填写上级医疗机构名称)提供带教老师，情况属实。

考生姓名 、性别 、身份证号

特此证明

 （卫生行政部门公章）

 年 月 日