**在职（规培）人员专业（研究）方向的证明**

姓名 ，性别： ，身份证号 ，自 年 月参加工作（或规培）至今，系我院 科 专业方向医师岗位（或 专业方向规培岗位）。

特此证明。

工作单位（公章/人事科章）2024年xx月xx日