附件2

**规培证明**

兹证明我院住院医师规范化培训学员 ，身份证号： ，具有医学学士学位，在基地培训起始时间为： ，培训预计结束时间为 ，培训专业为：

特此证明！

住院医师规范化培训基地名称

（住院医师规范化培训基地科教部门盖章）

年 月 日