

住院医师规范化培训证明

兹有我单位规培学员_____，性别：_____，身份证号：_____，规培专业为_____，于_____年_____月开始规培，预计于_____年_____月规培结束。我单位同意该学员申请贵校同等学力临床医学硕士专业学位。

特此证明。

住院医师规范化培训基地名称（盖章）

年 月 日