**参加住院医师规范化培训情况证明**

姓名： ，性别： ，身份证号： ，所在单位： 。该同志为我校 专业专业学位硕士研究生，自 年 月起至 年 月接受住院医师规范化培训，培训基地 ，专业基地 。

特此证明。

培训基地（盖章）:

年 月 日