**住院医师规范化培规培证明**

兹证明：

（姓名），

（身份证号），自 年 月，至 年 月，于 （单位全称）参加 （专业名称）住院医师规范化培训，培训周期为 年，已取得规培证。

特此证明。

证明单位（公章）：

日期： 年 月 日