附件2

住院医师规范化培训证明

 兹证明xxx同志，性别x，身份证号码为xxxxxxxxxxxxxxxxxx，现正在我单位接受住院医师规范化培训，规培时间为x年x月x日至x年x月x日。

特此证明。

xxxxxxxxxx医院

（单位公章）

 2023年 月 日