

规培证明

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

同志（身份证号：××××××××××）×××年在我院参加专业住院医师规范化培训，成绩合格。规培时间为×年×月×日-×年×月×日，以上情况属实，请予以办理。

特此证明。

单位名称：××××××××

（加盖公章）

年 月 日