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