**证 明**

重庆医科大学附属第一医院：

 兹有我院在职职工：\*\*\*，性别：\*，出生年月：\*\*\*\*年\*月\*日，身份证号码：\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*，学历：\*\*。该同志于20\*\*年\*月毕业于\*\*\*\*大学，于20\*\*年\*月进入我院工作。同意其参加2025年住院医师规范化培训，培训专业：\*\*\*\*科。

 特此证明！

单位（加盖公章）

 年 月 日