

# 证 明

重庆医科大学附属口腔医院：

兹有我院在编职工\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，\_\_\_\_年\_\_月\_\_日出生，身份证号\_\_\_\_\_，本科 研究生学历，\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_（学校）毕业，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月进入本院。同意其参加\_\_\_\_\_年住院医师规范化培训，培训专业\_\_\_\_\_。

特此证明

单位（加盖公章）

年 月 日