

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