附件4

住院医师规范化培训证明

兹证明XXX同志，性别X，身份证号码为XXXXXX，现正在我单位接受xxx专业住院医师规范化培训，规培时间为X年X月X日至X年X月X日。

特此证明。

XXXXXXX医院

（单位公章）

2024年 月 日