附件3

**住院医师规范化培训证明（模板）**

 (姓名)， (性别)，身份证号 。自 年 月- 年 月 在我院规培，规培方向为 。该考生已于2024年 月 日参加2024年住院医师规范化培训结业考试，成绩合格。

特此证明

 单位/学生管理部门（公章）

 年 月 日

注：该证明仅2024年暂未取得规培结业证考生使用