附件4

住院医师规范化培训证明

遵义医科大学附属口腔医院：

兹证明 同志（身份证号： ）系我院住院医师规范化培训学员，培训学习时间：年 月— 年 月，住培专业为专业。

特此证明！

 单位公章

 年 月 日