**参加住院医师规范化培训情况证明**

姓名 ，性别 ，系 单位职工，自 年起至今正在参加住院医师规范化培训，培训基地医院名称为 ，培训专业为 ，特此证明。

培训基地单位名称（盖章）：

年 月 日

**本 人 承 诺**

本人已知晓并认可在学期间如不能取得医师资格证书及住院医师规范化培训合格证书，不能申请硕士学位。

本人签名：

年 月 日