附件4

培训证明模板

XX（市/县/自治区/区）卫生健康委：

兹有20XX级（住院医师规范化培训/助理全科医生培训）学员XXX（身份证号码： ）于 年 月至 年 月期间在我院参加（XXXX专业住院医师规范化培训/助理全科医生培训），并已通过20XX年结业考核。

特此证明。

培训基地管理部门联系人及电话：

培训基地（盖章）

20XX年X月XX日