住院医师规范化培训单位送培证明

承德市中心医院：

我院×××医师，性别× （身份证号： ××××××××××），经个人申请，单位同意，送往贵院参加住院医师规范化培训。

特此证明。

联系部门：

联系人：

联系电话：

×××医院（盖章）

　　　　　×年×月×日