附件5：

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。

该同志已通过2022年住院医师规范化培训结业考试，成绩合格。

特此证明！

 单位公章

 年 月 日