附件1**：**

**住院医师规范化培训委托培养证明**

武汉爱尔眼科医院：

同志系我单位员工，拟于 年 月 日至 年 月 日于武汉爱尔眼科医院以委托培养方式进行住院医师规范化培训的学习，切实保证学习时间，严格遵守相关规定。

特此证明！

此致

敬礼

委托培养单位（公章） 负责人签字：

委培学员签字：

年 月 日