**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**

本人已知晓并认可郑州大学同等学力申硕要求，但本人申硕心切，请给予申请机会，并在此郑重承诺：如本人在学期间不能取得医师资格证书及住院医师规范化培训合格证书，放弃申请硕士学位，已交费用概不退还，本人承担一切后果。

本人签名：

 年 月 日