**证明信**

 我院是XX级医院，XXX，身份证号：XXXXXXXXXXX，系我单位在职员工，截止目前已经在我院工作满X年，同意其到潍坊市人民医院临床药师培训基地参加规范化培训，期限 个月，特此证明。

XXXX医院（盖章）

 年 月 日