附件：

**单位推荐证明**

皖南医学院研究生学院：

 同志（身份证号码： ）系我院 科在职医师，其住院医师规范化培训考试合格，同意推荐其参加贵校同等学力申硕培养学习，学习时间自2018年7月9日至2019 年6月 30日。

特此证明。

 医院（公章）：

年 月 日