部门认可的机构培训六个月并考核合格的证明

兹证明　　　（居民身份证号码： ），　　年　月　日至 年 月 日在我单位进行为期6个月的培训，经考核成绩合格，予以结业。

单位名称（电子印章）

年　月　日

（涉及事项名称）

医师执业许可