浙江省医师变更执业范围培训（进修）

考核合格证明

兹证明　　　　（居民身份证号码： ），年 月 日至 年 月 日在我单位（）科培训（进修）两年，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（变更）