\_\_name\_\_医生于\_\_date\_start\_\_至\_\_date\_end\_\_在我院\_\_dept\_\_科进修学习，时间\_\_length\_\_个月，考核合格，同意结业。

For demonstration:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 科室 | 进修时间 |
| \_\_name\_\_ | \_\_dept\_\_ | \_\_length\_\_个月 |

Xxxx医院

**\_\_date\_print\_\_**