**护士规范化培训在培证明**

兹证明 ，性别 ，身份证号 。从 年 月 日至 年 月 日在我院参加护士规范化培训，在培期间按计划完成培训，无护理不良事件发生，拟于2020年7月前结业。

特此证明

单位名称

年月日

盖公章