**健康证明**

本人\*\*\*，身份证号\*\*\*\*\*，计划于\*\*年\*\*月\*\*日 - \*\*年\*\*月\*\*日在\*\*科室进修学习，身体及心理健康，未有不适合从事医疗行业的情况。

本人承诺以上信息无误。

本人签字：

原单位科室签字/盖章：

时间：