

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：