**证明信**

\*\*，身份证号\*\*\*,系我单位在职职工，现在\*\*\*科工作\*\*年，经研究同意其参加淄博市第一医院临床药师基地培训，特此证明。

 \*\*医院（加盖公章）

 \*\*年\*\*月\*\*日