**护士规范化培训在培证明**

兹证明 XX ，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2024年7月前结业。

特此证明！

单位名称（盖公章）

年月日