证明信

\*\*，身份证号\*\*\*,系我单位在职职工，现在药剂科工作\*\*年，经研究同意其参加山东省立医院临床药师基地培训，特此证明。

 \*\*医院（加盖公章）

 \*\*年\*\*月\*\*日