**证 明**

会务组：

今有 \* \* \* 系我院职工，参加 阶梯化治疗背景下的膝关节骨关节炎保膝治疗学习班 ，特此证明，请予以安排，谢谢！

\* \* \* \* \* \* \* \* \*医院

医院等级： \* 级 \* 等

（请加盖单位公章）