**证 明**

CDS2023会务组：

今有 **参会代表姓名** 系我医院职工，参加中华医学会糖尿病学分会第二十五次全国学术会议，本医院符合基层医院标准（县级及县级以下医疗机构）。

特此证明，请予以安排，谢谢！

**医院官方正式名称**

医院等级： 级 等

**(请加盖单位公章)**