

证 明

兹证明_____，身份证号：_____，性别：_____，
_____年___月___日出生，自_____年___月起在_____大学
_____学院_____专业攻读硕士研究生，培养类型为
_____（学术型硕士/专业型硕士），学制___年，录取类别
为_____（非定向/定向），拟于_____年___月毕业。

以下信息限专硕填写：

该生为专业学位硕士研究生，硕士在学期间，_____（是/否）
参加省级住院医师规范化培训，研究方向为_____。

大论文题目为：_____

证明人：_____电话：_____

研究生处

年 月 日