**实 习 证 明**

兹有我院 级 专业 班学生 ，女， 族，学号： ， 省 市 区县人，身份证号码： ，该生于 年 月由我院推荐到 医院实习（实习时间为 月 日- 月 日），现结合学生实际情况，同意 同学在 考点报名参加 年全国硕士研究生考试。

学校盖章：广西中医药大学赛恩斯新医院学院

实习管理科

年 月 日

实习单位盖章：

年 月 日