应届毕业生证明

学生 身份证号：

于 年 月进入我校 专业学习，学制 年，属国家规定的普通全日制中等/高等教育，将于 年 月完成教学计划规定的全部课程并毕业，本校确保安排其在教学、综合医院完成 8 个月以上护士临床实习。

院 校(公章) :

联系人 ( 签名 ) :

联系电话

年 月 日