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，属于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