科室接收证明

教育教学部：

姓名： ， 级在职专博，电话： ，导师： ，于 至 来我院 科室进行临床实践，时间为 个月，请办理有关手续。

导师签字：

时间：

科主任签字：

时间：

教研室签字：

时间：

…………………………………………………………………………

教育教学部报到办理事宜：

办理胸卡□ 领取手册□ 办理执医注册手续□ 领取报到单□

本人签字：

时间：