学 籍 证 明

兹有学生 ，性别 男/女 ， 年 月 日出生，身份证号 ，学号 ，系我校 医学院 专业博士/硕士研究生，于 年 月入学，学制 3 年。若该生在校期间顺利完成培养计划要求的全部环节且成绩合格，将于 年 月毕业。

特此证明。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学院（盖章） 浙江中医药大学研究生院

年 月 日