# 山东第二医科大学临床医学、口腔医学硕士专业学位研究生临床实践证明

| 姓名 | | 学号 | | 二级学科 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 临床实践医院名称 | | | | | |
| 学生轮转情况 | | | | | |
| 轮转科室 | 轮转起止时间 | 轮转时长（月） | 轮转科室 | 轮转起止时间 | 轮转时长（月） |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

经确认，该生已在我院完成临床轮转学习，并已通过规定的轮转考核。特此证明。

医院教学负责人签名：

医院（章）：

年　　月　　日

注：表中填写的临床轮转科室、轮转时间必须与住院医师规范化培训期间所填《普通专科医师培训登记手册》一致，本表一式两份，放入档案存档。