附件4

**临床实习证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 身份证号 |  |
| 拟毕业学历 |  | 专业 |  | 所读学校 |  |
| 实习医疗  机构名称 |  | | | | |
| 地址及邮编 |  | | | 机构登记号 |  |
| 实习时间 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 实  习  基  本  情  况 |  | | | | |
| 实  习  考  核  情  况 | 负责人签名： （公章）  年 月 日 | | | | |
| 备  注 |  | | | | |

注：本表由学生所在院校统一印制管理，实习医疗机构填写，毕业时随学历证书发给学生本人，作为护士注册提供的材料之一。