潍坊医学院临床医学、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。