**山西省护理、助产专业学生临床实习证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 籍 贯 |  | 民族 |  | 身份证号 |  |
| 毕业学历 |  | 专业 |  | 毕业学校 |  |
| 实习时间 |  年 月 日至 年 月 日 |
| 实习期间学习工作基本情况 |  |
| 实习期满考核情况 |  实习机构 实习机构公章负责人签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |

注：本表由实习机构填写、学生所在院校统一管理，毕业时随学历证书发给学生本人，作为护士执业注册的依据之一。