附件5

研究生专业方向说明

汉中市中心医院:

兹有学生（），身份证号（），学号（），系（）大学（）专业（）届临床专硕(全日制)研究生，学制（）年，研究方向（）。

特此证明！

学 校 盖 章

年 月 日

温馨提示：（）中的内容按照报考岗位和个人实际情况填写即可。