附件：3

**应届毕业生证明**

拜泉县卫生健康局：

（考生姓名）， （性别），身份证号 。该生系 （学校全称）全日制普通高等院校 （专科／本科／硕士研究生/博士研究生）2023年应届毕业生。该生于 年 月入学，学制 年，应于 年 月 毕业。现为 （院、系） 级在校生，具有正式学籍。若顺利毕业，则将取得 专业毕业证书及相关学位证书。该生 （是／不是）定向生或委培生。

特此证明。

（学校全称）

盖 章

年 月 日

**注：可加盖所在院校教务部门、学生管理部门、院系或毕业生就业指导部门公章。**