# 重庆市护士执业注册临床实习证明

今有 学校护理专业 年级 班学生

在我医院完成 个月临床实习。实习临床专科如下: 特此证明。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 临床实习科室 | 实习时间 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

单位负责人签名：

（公章） 年 月 日