附件5

广东省护士执业注册临床实习证明

今有 学校（护理/助产）专业 年级 班学生 在我医院完成 月临床实习。实习临床专科如下:

特此证明。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 临床实习专科 | 实习时间（时间起止及周数） | 证明人 |
| 内科 |  共 周 |  |
| 外科 |  共 周 |  |
| 妇科 |  共 周 |  |
| 儿科 |  共 周 |  |
| 其他： |  共 周 |  |

注：上表中证明人栏需黑色签字笔手写签名

 实习医院：

（主管部门以上负责人签名、盖公章）

年 月 日

实习手册查验：□合格 □ 不合格

 查验医院：（公章）