在学证明

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ：

兹证明­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 同学（身份证号码 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿），系＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（填写学校全称）＿＿＿＿＿级＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿系（专业）学生（学号＿＿＿＿＿＿＿），自＿＿年＿＿月起在我校就读，＿＿年＿＿月毕业。

经办人姓名：

联系电话：

特此证明

　　　　　　　　　　　　　　　　　北京大学医学部

　　　　　　　　　　　　　　　公共教学部学生办公室

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日