**附件5**

**学籍证明**

**（样式）**

姓名： ，性别： ，身份证号： ，系 大学（ 研究生），学号： ，专业： ，研究生专业研究方向： ，导师： 。入学时间： ，学制 年。

特此证明。

 学院（医院）主管部门公章

 年 月 日