

# 全日制普通高等院校在校 就读证明书

姓名： ， 性别： ， 学号： ， 身份证号： ， 系我校公共  
卫生学院 级 年制 专业（普通全日制）学生。

特此证明！

联系电话： 0851-28642733

遵义医科大学公共卫生学院

年 月 日