附件5

研究生专业方向说明

**汉中市中心医院:**

**兹有学生（ ），身份证号（ ），学号（ ），系（ ）大学（ ）专业（ ）届临床专硕(全日制)研究生，学制（ ）年，研究方向（ ）。**

**特此证明！**

**学 校 盖 章**

**年 月 日**

温馨提示：（）中的内容按照报考岗位和个人实际情况填写即可。