**在 读 证 明**

兹证明 同学，性别 ， 年 月 日出生。于 年 月入我院全日制（□本科/□高职）

专业 班级学习，身份证号 , 学制 年，现在读大学 年级。

特此证明。

上海健康医学院

学 生 处

二 ○ 年 月 日