

基层实习联系函

_____:

兹有昆明卫生职业学院_____级学生_____，_____专业，
(家长姓名_____联系电话_____)，现已学完学校教学计划的全部课程，在_____ (实习单位) 完成8个月临床实习，
现将进入基层实习阶段，实习时间为2个月，时间：自_____年_____月_____日起至_____年_____月_____日止。敬请贵院领导给予接收，安排实习为谢。

特此致谢!

联系电话：0871—67809998



回 执

学生姓名		班级		专业	
接受单位名称		主管教师		联系方式	邮箱
接受单位意见	(签章) 年 月 日				