



基层单位实习联系函

_____:

兹有昆明卫生职业学院_____级 _____专业 _____班级学生_____，(家长姓名_____联系电话_____)在学院已学完教学计划的全部课程；完成8个月的临床实习。经本人申请，学院会议研究决定，同意个人联系基层卫生医疗机构实习，实习时间为2个月(8周)，时间：自_____年___月___日起至_____年___月___日止。实习费用由本人自理，实习期间安全问题由本人及家长自负。敬请贵院领导给予接收，安排临床实习为谢。

特此致谢!

联系电话：0871——67809998



回 执

| | | | | | |
|--------|-----------------|------|--|------|----|
| 学生姓名 | | 班级 | | 专业 | |
| 接收单位名称 | | 主管教师 | | 联系方式 | 邮箱 |
| 接收单位意见 | (签章) 年 月 日 | | | | |