

# 实习联系函

\_\_\_\_\_医院：

兹有昆明卫生职业学院\_\_\_\_\_级学生\_\_\_\_\_，\_\_\_\_\_专业，（家长姓名\_\_\_\_\_联系电话\_\_\_\_\_）经在学院两年的理论学习，已学完教学计划的全部课程，现将进入毕业临床实习。经本人申请，学院行政会议研究决定，同意个人联系实习，实习时间为8个月，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——67803253



## 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				