**定向培养硕士研究生证明**

承德医学院：

现有我单位 （姓名）同志， （性别），

 （身份证号）， （科室）职工，同意其报考承德医学院全日制硕士研究生，为我单位定向培养研究生。

 （单位或单位人事处盖章）

时间：