**在读研究生证明**

本校　 　　医学院，硕士/博士研究生（姓名）：　　　　，性别　　　，攻读专业：　　 　　　专业，学号：　　　　　　，攻读学位类型：（学术学位/专业学位） ，拟于 年　　　月毕业。

特此证明

。　　　　　　大学 研究生院（章）

签发人姓名：

签发日期：2024年 月 日

请“以当年毕业研究生学历”报考的考生填写上表，经本校研究生院签章后，在报名资格审核时提交给上海市医师资格考试（考区）办公室。

本人于今年7月31日前，将毕业证书原件及复印件交至考区办公室。