附件1

申请年度： 2023 年 申请期数: 春 季

**学籍证明**

姓名： ，性别: ，籍贯: 湖南 省 县 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_乡（镇） 村。

身份证号码： ， 注册学籍号码： 。该同学为我校 20级临床医学 专业全日制在校学生，学历层次为 大专 。入学时间为 2020 年 10月，毕业时间为 2023 年 6 月，学制 三 年。

特此证明

学校名称：湘潭医卫职业技术学院

学校公章：

学校联系电话：(填班主任老师电话)

2023年3月30日

说明：1.该证明用于雨露计划扶贫助学补助发放学生学籍证明。

2.请学校给予配合，提供完整真实的学生信息。

3.所有信息必须如实完整填报，否则取消助学金申请资格。

4.公章必须由学校加盖，如有作假将追究相关人员责任。