附件2

工作单位同意报名证明

兹有 （身份证号： ），系我单位正式人员，自 年 月 日在我单位 （部门、科室）从事 工作至今，工作年限为 年。现申请报名“广西医科大学2023年在职人员（含规培生）以同等学力申请临床医学和口腔医学硕士专业学位”，经研究同意其申请。

特此证明。

　　 （申请学员单位公章）

　 年 月 日