附件2

知情同意书

本人系陕西中医药大学 院（系）

 专业 班学生。

我已知悉陕西中医药大学第二学士学位毕业生不能以该学历报考相关医师资格考试。

学生签字：

家长签字：

联系电话：

 年 月 日