**证 明**

xxx，女/男，19xx年xx月xx日生，于二〇xx年x月至二〇xx年x月在本校xx专业函授/业余学习，修完专科起点本科/高中起点本科教学计划规定的全部课程，成绩合格，顺利毕业，并通过学士学位外语和学位课程考试，经学校学位评定委员会审核同意授予医学/理学学士学位。

学位证书编号：xxxxxxxxxx。

特此证明。

滨州医学院继续教育学院

20xx年xx月xx日