证 明

（姓名）\*\*\*\*\*，（性别）\*\*\*，民族\*\*，身份证号\*\*\*\*\*\*\*\*\*，系我院\*\*\*级\*\*\*专业全日制在读本科生/研究生。\*\*\*年\*\*月\*日在（河北大学公共卫生学院\*\*\*党支部或其他高校党组织）加入中国共产党，现为中共预备党员。或者（\*\*年\*月\*日在河北大学公共卫生学院\*\*\*党支部按期转正，现为中共正式党员。

特此证明！

中共河北大学公共卫生学院委员会

年 月 日