研究方向证明

（姓名）系我校 （学院或系部） 级 （专业学位/学术学位）研究生，专业为 （一级学科/专业学位类别名称），研究方向为 。

特此证明。

导师签字：

院系或研究生处盖章：

年 月 日

注：本证明需导师签字、院系或研究生处盖章。

出具证明联系人： 办公固定电话：