**知 情 同 意 书**

南京中医药大学：

本人清楚临床医学专业学生参加南方医科大学“交换生”项目相关要求与注意事项，同意子/女(姓名) 于2024年9月至2025年7月赴南方医科大学交换学习一年，学习结束后，继续回学校原专业班级学习。

学生家长（签名）： 与学生关系：

日期： 年 月 日

家长联系电话：

家长联系地址：

 学生声明：上述家长/监护人签名属实、有效。

 申请学生签名： 日期：