**非合同医院急诊就医证明**

**（仅限在京内/常驻京外校地合作单位学生）**

兹有我院学生 ，身份证号 ，学号 ，于 年 月 日外出到 （地点），因 （疾病，非外伤）/因 （外伤原因）发生意外且无第三方责任人，导致 （受伤部位和伤势）受伤，至 （非合同医保定点医院）**急诊就医**。

特此证明。

辅导员或导师签字：

单位（盖章）：

日期： 年 月 日

本人承诺，以上情况属实，如有不实之处，愿意承担相应责任！

本人签字确认：

日期： 年 月 日