**试用期满一年并考核合格证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 所学专业 |  | 医学学历 |  |
| 取得学历时间  |  | 身份证件号码 |  |
| 家庭地址及邮政编码 |  |
| 申请级别 |  | 申请类别 |  |
| 试用机构名称 地址 邮编及登记号 |  |
| 试用时间（年 月 日） |  |
| 试用期岗位类别 |  |  | 试用期岗位专业 |  |  |
|  |  |
| 试用期间工作的基本情况 |  |
| 试用期满一年的考核情况 | 试用机构法人 试用机构公章 （负责人）签字： 年 月 日 |
| 备注 |  |