**医师资格考试试用期考核证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 张XX | | 性 别 | | | 男 | | 出生年月 | 1994.05 | |
| 民 族 | | 汉 | | 所学专业 | | | 临床医学 | | 医学学历 | 本科 | |
| 取得学历  年 月 | | 2018.07 | | 有效身份证件号码 | | | 350204xxxxxxxx | | 证 件  有效期 | 2021.05 | |
| 报考类别 | | 临床执业医师（110） | | | | | | | | | |
| 试用机构 | | 名称 | 厦门思明xxxxxxxxx门诊部 | | | | | | | | |
| 地址 | 厦门市思明区xxxxxxxxx | | | | | | 邮编 | 361xxx | |
| 登记号 | PDY00xxx-X3502xxxxxxx | | | | | | 法人姓名 | 张XX | |
| 试用起止  时 间 | | （ 2019 ）年（ 8 ）月 至（ 2020 ）年（2 ）月 | | | | | | | | | |
| 主要试用  岗位(科室) | | 岗位(科室)  名称 | | | 带教老师评价 | | | 带 教 老 师  医师执业证书号码 | | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
| 外科 | | | √ |  | | 110xxxxxxxxxx | | | 带教签字 |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 试用机构  考核意见 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。  合格 （ ） 不合格（ ）  单位法人代表/法定代表人签字：  （单位公章）  2020年 xx 月 xx 日 | | | | | | | | | |
| 注： | 1.带教老师对考生从岗位胜任力（如：基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守等方面）作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。  4.试用截止日期应不晚于2020年2月（即现场审核当月）。若20年2月试用未满1年的考生，需在2020年8月14号之前补交一份20年2月至8月的试用期考核证明。务必满足试用期考核时间于2020年8月31日前累计满1年。 | | | | | | | | | | |