**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。 |