

医师资格考试试用期考核证明

姓 名		性 别		出生年月	
民 族		所学专业		医学学历	
取得学历 年 月		有效身份 证件号码		证 件 有效期	
报考类别					
试用机构	名 称				
	地 址			邮 编	
	登记号			法人姓名	
试用起止 时 间	() 年 () 月 至 () 年 () 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	带教老师签字
		合 格	不 合 格	医 师 执 业 证 书 号 码	
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) 年 月 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。