

试用期考核合格证明

姓名		性别		出生年月	
民族		所学专业		医学学历	
取得医学学历时间		身份证号码			
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		
试用期间工作基本情况					
试用期满考核情况	试用机构法人 (负责人) 签字:		试用机构公章 年 月 日		
备注					