**医师资格考试试用期考核证明**

报名编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 所学专业 |  | 医学学历 |  |
| 取得学历 |  | 有效身份证 |  |
| 年 月 | 件号码 |
| 报考类别 |  |
| 试用机构 | 名 称 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 登 记 号 |  | 法定代表人 |  |
| 试用起止 时 间 | （ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 |
|  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |
| 主 要 试 用 |  |  |  |  |  |
| 岗位 ( 科室 ) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | 合格 （ ） 不合格（ ） |
| 试 用 机 构 考 核 意 见 | 单位法人代表/法定代表人签字：单位公章 |
|  | 年 月 日 |

注： 1. 本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。 2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、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“√”。

##### 3.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。

4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。