附件3：

             试用期考核合格证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名　 　 | 　 　 | 性 别 　 　 | 　 　 | 出 生 　 　年 月 　 　 | 　 　 |
| 民 族　 　 | 　 　 | 所学系、 　 　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 　 　工作的基本情况 　 　 | 　 　 |
| 试用期　 　满一年的 　 　考核情况 　 　 | 　 　试用机构法人                           试用机构公章 　 　（负责人）签字：                                　 　                                   年    月    日 　 　 |
| 上级卫生 　 　行政部门 　 　审核意见　 　 | 　 　审核人：（公   章）                     年   月    日 　 　 |
| 备注　 　 | 　 　 |