附件5

医师资格考试考生临床实习证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性   别 |   | 所学专业 |   |
| 取得学历年月 |   | 有效身份证件号码 |   |
| 所在学校 | 名称 |   |
| 地址 |   | 邮编 |   |
| 实习起止时间 | 1、本科阶段（         ）年（  ）月至（         ）年（  ）月 |
| 2、研究生阶段（         ）年（  ）月至（         ）年（  ）月 |
| 本科阶段 | 专业：                    学历学位：                     |
| 研究生实习阶段主要轮转科室 | 实习科室及实习时间 | 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 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 导师意见 | 以上实习情况真实可信。　　导师签字：　　导师执业证书号码：　　年  月  日 |
| 　实习单位　考核意见 | 合格  （        ）     不合格（        ）　　                        法定代表人签字：　　单位公章　　                      年    月    日 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |