　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 | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |