附件3

医师资格考试试用期考核证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |   | 　　性    别 |   | 　出生年月 |   |
| 民    族 |   | 　　所学专业 |   | 　医学学历 |   |
| 取得学历年    月 |   | 　　有效身份　  证件号码 |   | 证  件有效期 |   |
| 报考类别 |   |
| 　　试用机构 | 　　名称 |   |
| 　　地址 |   | 　　邮编 |   |
| 　登记号 |   | 　法人姓名 |   |
| 　　试用起止　　时    间 | 　　（         ）年（  ）月   至（         ）年（  ）月 |
| 　　主要试用　　岗位(科室) | 　　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 |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
| 　　试用机构　　考核意见 | 　　我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。　　合格  （        ）     不合格（        ）　　 单位法人代表/法定代表人签字：　　（单位公章）　　 年    月    日 |
| 　　注： | 　　1.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。　　2.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。　　3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |