#  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。