

## 医师资格考试试用期考核证明

姓 名	正小保	性 别	男/女	出生年月	2023-02-02
民 族	X 族	所学专业	例如：口腔医学	医学学历	例如：大专/中专
取得学历 年 月	(同毕业 证)	有效身份 证件号码	(按身份证写)	证 件 有效期	(按身份证写)
报考类别	例如：口腔助理医师 220				
试用机构	名 称	(与医疗机构许可证和单位公章一致)			
	地 址	医疗机构实际地址	邮 编	行政编码	
	登记号	(与医疗机构许可证一致)		法人姓名	看许可证
试用起止 时 间	( 开始年度 ) 年 ( 开始月份 ) 月 至 ( 2023 ) 年 ( 2 ) 月 范例仅供参考，具体以各地要求为准				
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
	例如：口腔科	合 格	不 合 格	按带教老师执业证填写	手写签名
		√			
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) 盖单位公章  2023 年 2 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。