# 临床实践合格证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 医学学历 |  | 专业 |  |
| 身份证  号 码 |  | | | | |
| 申请级别 |  | | 申请类别 |  | |
| 单位人  社会人  （填报） | 毕业院校 |  | | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | | 住培专业 |  |
| 研究生  （填报） | 在读院校 |  | | 入学时间 |  |
| 在读专业 |  | | 住培专业 |  |
| 培训基地（医院）机构名称、登记号 |  | | | | |
| 培训时间  （年、月、日） |  | | | | |
| 住培基地  考核意见 | 负责人（签字） 公章  年 月 日 | | | | |
| 在读院校  考核意见  （研究生填写） | 院校负责人（签字） 公章  年 月 日 | | | | |
| 所在单位  考核意见  （单位人填写） | 负责人（签字） 公章  年 月 日 | | | | |