

## 医师资格考试医学专业工作实践证明

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										
实践机构	名称									
	地址						邮编			
	登记号						法人姓名			
实践起止时间	(        ) 年 (    ) 月    至 (        ) 年 (    ) 月									
主要实践岗位(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							
实践机构考核意见	<p>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。</p> <p>合格 (        )      不合格 (        )</p> <p>单位法人代表/法定代表人签字： (单位公章)</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>									

- 注：
1. 带教老师对考生岗位胜任力（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。