

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	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。