**中医（专长）医师报考执业医师执业期**

**考核证明**

中医（专长）医师资格证书编号：（ ）

中医（专长）医师执业证书编号：（ ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  |
| 医学学历 | |  | | 所学专业 |  | | 取得学历  年 月 |  |
| 报考类别 | |  | | 有效身份证件号码 |  | | 证 件  有效期 |  |
| 工作机构 | | 名称 |  | | | | | |
| 地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 登记号 |  | | | | 法人姓名 |  |
| 工作起止  时 间 | | （ ）年（ ）月 至（ ）年（ ）月 | | | | | | |
| 主要工作  岗位(科室)及执业情况 | | 日期 | | | 岗位(科室)  名称 | 执业范围（例：[毫针技术]治疗[BGS000伤筋病]） | | 每年诊疗  服务人次 |
| 2021.9.1之前-2022.8.31 | | |  |  | |  |
| 2022.9.1-2023.8.31 | | |  |  | |  |
| 2023.9.1-2024.8.31 | | |  |  | |  |
| 2024.9.1-2025.8.31 | | |  |  | |  |
| 2025.9.1-至今 | | |  |  | |  |
| 工作机构  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.如需报考140，“医学学历”“所学专业”“取得学历年月”三个栏目为必填项。  2.考核机构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“√”。  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | |