

## 医师资格考试试用期考核证明

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						
试用机构	名 称					
	地 址				邮 编	
	登记号				法人姓名	
试用起止 时 间	( ) 年 ( ) 月 至 ( ) 年 ( ) 月					
主要试用 岗位(科室)	岗 位(科 室) 名 称	带教老师评价 合 格	带 教 老 师 医 师 执 业 证 书 号 码	带教老师签字		
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)  年 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。