医疗、预防、保健机构聘用证明

<table>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td rowspan="4">近期一寸
免冠白底
照片</td></tr>
<tr><td>毕业学校</td><td colspan="3"></td><td>毕业年月</td><td></td></tr>
<tr><td>医学学历</td><td></td><td colspan="2">所学系、专业</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住所地址</td><td colspan="3"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="3"></td><td>移动电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医师资格证书编号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">医师级别
执业医师、执业助理医师</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">医师类别
临床、中医、口腔、公共卫生</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">拟聘用单位名称</td><td colspan="3"></td><td>执业范围</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">拟聘用单位地址</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>任职
经历</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>聘用
单位
意见</td><td colspan="6">负责人签字：　　公章

年　月　日</td></tr>
</table>