

附件 2

医师资格考试试用期考核证明

报名编号：

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			
报考类别					
试用机构	名 称				
	地 址		邮 编		
	登记号		法定代表人		
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		带 教 老 师 医师执业证书号码	带教老师签字
		合 格	不 合 格		
试用机构 考核意见	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. 本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。
2. 带教老师对考生从**临床岗位胜任力、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. 军队考生须提交**团级以上卫生部门**的审核证明。
4. 本表栏目空间若不够填写，可另附页。