附件2

执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

执业助理医师资格证书编号：（                                                  ）

执业助理医师执业证书编号：（                                                  ）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) | | 岗位(科室)  名称 | | | 带教老师评价 | | | 带  教  执  业  医师执业证书号码 | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
|  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | |  |
|  | | |  |  | |  | |  |
| 工作机构  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.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。 | | | | | | | | | |