附件2

**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 | | | 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 | | 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。 | | | | | | | | | |