附表 1

医师资格考试试用期考核证明

报名编号：

<table>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性　　别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>民　　族</td><td></td><td>所学专业</td><td></td><td>医学学历</td><td></td></tr>
<tr><td>取得学历
年　　月</td><td></td><td>有效身份
证件号码</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>报考类别</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">试用机构</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>地　址</td><td colspan="2"></td><td>邮　　编</td><td></td></tr>
<tr><td>登记号</td><td colspan="2"></td><td>法人姓名</td><td></td></tr>
<tr><td>试用起止
时　　间</td><td colspan="5">（　　）年（　）月　**至**（　　）年（　）月</td></tr>
<tr><td rowspan="6">主要试用
岗位(科室)</td><td rowspan="2">岗位（科室）
名　　称</td><td colspan="2">带教老师评价</td><td rowspan="2">带教老师
医师执业证书号码</td><td rowspan="2">带教老师签字</td></tr>
<tr><td>合　格</td><td>不合格</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>试用机构
考核意见</td><td colspan="5">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</td></tr>
</table>

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. 本表栏目空间不够填写，可另附页。