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。 |