附表3

**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 | | 师承或确有专长助理医师 | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | |