附件3

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 | |  | | | | |  | | 取得学历年月 | |  |
| 报考类别 | |  | | 有效身份证件号 | | |  | | 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 | | 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： | 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“√”。  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。 | | | | | | | | | | |