附表 2

**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 |  | 所学专业 |  | 取 得 学 历 年 月 |  |
| 报考类别 |  | 有效身份证 件号码 |  | 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： 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。