**附件1**

备用照片粘贴处（1）照片背面写考生姓名

备用照片粘贴处（1）照片背面写考生姓名

**试用期考核合格证明 此表需用打印机打印**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 所学系、专业 |  | 医学学历 |  |
| 取得医学学历时间 |  | 身份证号码 |  |
| 家庭地址及邮政编码 |  |
| 申请级别 |  | 申请类别 |  |
| 试用机构名称、地址、邮编及登记号 |  |
| 试用时间（年、月、日） |  |
| 试用期岗位类别 |  | 试用期岗位专业 |  |
| 试用期间工作的基本情况 |  |
| 试用期满一年的考核情况 | 试用机构法人 试用机构公章（负责人）签字： 年 月 日 |
| 初审单位意见 |  审核单位公章审核人签字： |