**试用期满一年并考核合格证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | | | |  | | | 出生年月 | |  |
| 民 族 |  | 所学专业 | | | |  | | | 医学学历 | |  |
| 取得学历  时间 |  | 身份证件号码 | | | |  | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | |