

## 试用期考核合格证明

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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">                     试用机构法人：                       (负责人) 签字：                 </div> <div style="width: 45%;">                     试用机构公章：                       年 月 日                 </div> </div>				
备注					