

(科硕研究生)医师资格考试考生临床实习证明

姓 名		性 别		所学专业	
取得学历 年 月		有效身份 证件号码			
所在学校	名 称				
	地 址		邮 编		
实习起止 时 间	1、本科阶段 () 年 () 月至 () 年 () 月				
	2、研究生阶段 () 年 () 月至 () 年 () 月				
本科阶段	专业:		学历学位:		
研究生实习 阶段主要 轮转科室	实习科室及实 习 时 间	带教老师评价		带 教 老 师 医 师 执 业 证 书 号 码	带教老师签字
		合 格	不 合 格		
导师意见	以上实习情况真实可信。 导师签字: 导师执业证书号码: 年 月 日				
实 习 单 位 考 核 意 见	合格 () 不合格 () 法定代表人签字: 单位公章 年 月 日				