

本表仅限天医临床口腔专硕使用

附件 5

专业学位研究生规培期间报考医师资格考试 实践考核合格证明

报名编号:按“学号”写

1.	姓 名		性 别		出生年月	
	民 族		已取得学 历的专业		已取得医 学学历	
	取得学历 年 月		有效身份 证件号码			
	按本科学历报考					
报考类别 报考类别 110-临床、120-口腔						
2.	实践机构 (主培训基 地)	名 称	建议主基地先填好模板后			
		地 址	再发给学生或提前告知学生相关信息			
		登记号		邮 编		法定代 表人
3.	实践起止 时 间	() 年 () 月 至 () 年 () 月				
	主 要 实 践 岗 位 (自 入 基 地 起 已 轮 转 过 的 科 室)	岗 位 (科 室) 名 称	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		
		实践起止时间:			科室按实际	
2022年入基地者填2022.8-2024.1			轮转的填写			
2023年入基地者填2023.8-2024.1			并找带教老师签字			
			可不填			
4.	考 核 及 证 明 意 见	实践机构 (主培训基地) 考核意见:			考生所在学校证明意见:	
		合格 () 不合格 () 签字: 负责专硕规培部门老师 单位公章: 签字并科室盖章 年 月 日			兹证明该考生为我校专硕士生并在 主培训基地进行规范化培训。 签字: 5. 主基地收齐后统一到 单位公章: 研究生院培养办盖章 年 月 日	

注: 1. 本表黑线上方由考生自己填写, 黑线以下由工作机构填写, 本表缺项、涂改无效。
2. 带教老师对考生从临床岗位胜任力、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“√”。
3. 本表栏目空间若不够填写, 可另附页。