

## 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：

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			
报考类别					
实践机构 (主培训基 地)	名 称				
	地 址		邮 编		
	登记号		法定代表人		
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		
考 核 及 证 明 意 见	实践机构 ( 主培训基地 ) 考核意见： 合格 ( ) 不合格 ( ) 签字： 单位公章： 年 月 日			考生所在学校证明意见： 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： 单位公章： 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。