广东省医师资格考试报名人员试用备案汇总表（医疗机构填报）

本单位试用人员共 人 医疗机构名称（盖章）: 日期: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 身份证号 | 毕业学校 | 专业 | 毕业证编号 | 岗位类别 | | | | 试用时间 | |
| 临床 | 口腔 | 公卫 | 中医 | 起始时间  （年/月/日） | 拟终止时间 （年/月/日） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人（手写签名）： 第 页，共 页