

执业（助理）医师培训合格证明

姓 名		性 别		出生年月	
身份证号码					
毕业学校				毕业专业	
工作机构				工作时间	
培 训 诊 疗 科 目（室）			医 师	类 别	
			资 格	级 别	
培训原因	<input type="checkbox"/> 中止执业活动二年以上 <input type="checkbox"/> 取得资格后二年内未注册 <input type="checkbox"/> 重新注册 <input type="checkbox"/> 变更执业范围				
培训时间	年 月 至 年 月				
培训内容、结果及评价	<p>轮转科室科主任签字：</p> <p>培训机构负责人签字：</p> <p style="text-align: right;">培训单位盖章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				
备 注					

注：1. “类别”栏填临床、口腔、公共卫生、中医（含中医、民族医、中西医结合）；
 2. “级别”栏填执业医师或执业助理医师。