**附件9： 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 | | | | | | | | | |

注：1、此表适用于学术学位（原科学学位）研究生中，须提供“具有相当于大学本科1年的临床、中医或公共卫生毕业实习满1年”证明者

2、凡打此类证明的当年毕业研究生考生，必须基本符合毕业院校相应专业本科实习计划的要求

3、本科阶段+研究生阶段实习时间需满一年