**应 届 毕 业 生 试 用 证 明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  |
| 民 族 |  | 所学系、  专业 |  | 医 学  学 历 |  |
| 取得医学  学历时间 |  | 身份证  号 码 |  | | |
| 家庭地址及  邮政编码 |  | | | | |
| 申请级别 |  | | 申请类别 |  | |
| 试用机构名称、地址、邮编及登记号 |  | | | | |
| 试用时间  （年、月、日） |  | | | | |
| 试用期  岗位类别 |  | | 试用期  岗位专业 |  | |
| 试用机构法人 试用机构公章  （负责人）签字： 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | |