|  |
| --- |
| 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） |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

附件：