附件4

**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 |  |