**附件1**

**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) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(此页为首页，此表可续页) 第 1 页，共 页