**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） | ----------2025-01-20 | | | | |
| 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 |  | | | | |