**附件4：临床实践证明业务技术考核和聘用证明表**

医疗单位（盖章）联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 身份证号 | 临床实践 | | 业务技术考核 | | 聘用单位 |
| 合格 | 不合格 | 合格 | 不合格 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |