山东省医疗、预防、保健机构医师拟聘用证明

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期二寸免冠正面半身彩色照片 |
| 毕业学校 |  | 毕业年月 |  |
| 医学学历 |  | 所学系、专业 |  |
| 住所地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 移动电话 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师级别（执业医师、执业助理医师） |  | 医师类别（临床、中医、口腔、公共卫生） |  |
| 拟聘用单位名称 |  | 执业范围 |  |
| 拟聘用单位地址 |  |
| 任职经历 |  |
| 聘用单位意见 | 负责人签名： （公章） 年 月 日 |
| 备注 |  |