附件6.

**东川区人民医院试用期人员考核表**

**科 室：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  |
| **毕业院校** |  | | **毕业时间** |  | |
| **试用期**  **起止时间** | **年 月 日至 年 月 日** | | | | |
| **本**  **人**  **学**  **习**  **情**  **况** |  | | | | |
| **带**  **教**  **老**  **师**  **意**  **见** |  | | | | |
| **科**  **室**  **意**  **见** | **年 月 日** | | | | |
| **医**  **院**  **考**  **评** | **年 月 日** | | | | |