

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)	-----2021-01-20				
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					