附件3

**免试乡村医生执业注册医疗机构聘用证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 学历 |  | | | 学习专业 |  |
| 聘用时间 | 年 月 日至 年 月 日 | | | | |
| 拟聘用村卫生室意见（没有负责人的直接与乡镇卫生院签订） | 乡村医生签字  村卫生室负责人签字  医疗机构加章  年 月 日 | | | | |
| 乡镇卫生院意见 | 单位负责人签字 （单位公章）：  年 月 日 | | | | |