

**医师定期考核结果通知书**

**姓名： 性别：**

**身份证号：**

**资格证书编码：**

**执业证书编码：**

**执业机构：**

**执业类别：**

**执业范围：**

**从事专业：**

**考核周期：2022年-2024年**

**依照《中华人民共和国医师法》和《医师定期考核管理办法》规定，经本周期考核合格。**

**考核机构：**

**考核日期：**

**发证机关：兴宁市卫生健康局**

**发证日期：**