附件1

应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

本人于 年 月 日毕业于 学校 专业。自 年 月起，在单位试用，至 年 月试用期将满一年。

本人承诺将于今年8月31日前，将后续试用累计满一年的《医师资格考试试用期考核证明》及时交考点办公室。

如违诺，本人愿承担由此引起的责任，并按规定接受取消当年医师资格考试资格的处罚。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码：

年 月 日

附件2

医师资格考试试用期考核证明

报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | |  | | 出生年月 |  | |
| 民 族 | |  | | 所学专业 | | |  | | 医学学历 |  | |
| 取得学历  年 月 | |  | | 有效身份证件号码 | | |  | | | | |
| 报考类别 | |  | | | | | | | | | |
| 试用机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 试用起止  时间 | | （ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 | | | | | | | | | |
| 主要试用  岗位（科室） | | 岗位（科室）  名 称 | | | 带教老师评价 | | | 带教老师  医师执业证书号码 | | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 试用机构  考核意见 | | 合格（　　　） 不合格（　　　）  单位法人代表/法定代表人签字：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 注： | 1.本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。  2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守**等方面作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。  3.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附件3

执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

执业助理医师资格证书编号：（　　　　　　　　　）

执业助理医师执业证书编号：（　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 | |  | | 性　　别 | | |  | | 民　　　族 |  | |
| 医学学历 | |  | | 所学专业 | | |  | | 取得学历  年月 |  | |
| 报考类别 | |  | | 有效身份证件号码 | | |  | | | | |
| 工作机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮　　　编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 工作起止  时间 | | （ 　　　）年（　　　）月至（　　　 ）年（　　　）月 | | | | | | | | | |
| 主要工作  岗位（科室） | | 岗位（科室）  名称 | | | 带教老师评价 | | | 带教执业  医师执业证书号码 | | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 工作机构  考核意见 | | 合格（　　　）不合格（　　　）  单位法人代表/法定代表人签字：单位公章  年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 注： | 1.本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。  2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守**等方面作综合评价是否合格，并在相应栏目划“√”。  3**.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附件4

2023年报考乡村全科执业助理医师工作证明

兹证明考生： 　　　　　　　 （身份证号码： 　　 ）已于2022月8月31日前进入本乡镇卫生院或本乡（镇）　　　　　　　　　　村卫生站（室）工作。

（本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）

卫生院法人代表签字：  
 　　　　　　　（加盖医院行政公章）：  
　　　　　　　　　　　　　 　2023年 　月　　 日

附件5

2023年医师资格考试短线医学专业加试申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人信息 | | | | | | |
| 姓名 |  | | 身份证号 |  | | |
| 工 作 单 位 |  | | | 工作岗位 | |  |
| 加 试 内 容 | 院前急救 □ 儿科 □ | | | | | |
| 考生承诺   1. 本人自愿申请参加2023年医师资格考试短线医学专业加试。 2. 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。 3. 通过加试获得的医师资格不作为加试专业范围之外的注册、执业资格依据。 4. 以上个人申报信息真实、准确、有效。 5. 本人能够遵守以上承诺，如有违反，愿意承担由此而造成的一切后果。   考生签字：  日期： | | | | | | |
| 单位审核：  单位盖章：  负责人签字： | | 考点审核：    考点盖章：  经手人签字： | | | 考区审核：  考区盖章：  经手人签字： | |