简阳市卫生健康局

〔2020〕-24

简阳市卫生健康局

关于2020年医师资格考试现场资格审核

有关工作的通知

各卫生健康单位：

按照我市疫情防控工作要求及成都市2020年医师资格考试有关工作安排，现将简阳市现场资格审核有关事项通知如下：

1. 现场审核时间

 4月1日至4月3日上午9:00-12:00，下午13:00-17:00。

1. 现场审核地点

 简阳市卫健局（河东新区泛月路193号原八一饭店5楼会议室旁）

1. 疫情防控要求

现场提交审核材料，佩戴口罩，做好体温检测及外来人员登记。建议各单位根据实际情况安排专人汇总完成资料上报工作。

本次现场审核时间紧、任务重，请各单位做好本单位及辖区村卫生室、诊所报考人员的通知工作，各报名人员务必按要求准备好申报材料并根据报考科目自备现金（实践技能考试费用）完成报名缴费。

联系人：医政医管科 罗晓峰 华 晔

联系电话：27028275

 附件：1.医师资格考试报名考生现场审核所需材料目录

2.医师资格考试报名收费标准

3.报名所需表格等证明材料资料

简阳市卫生健康局

2020年3月31日

附件1

医师资格考试报名考生现场审核所需材料目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **申报材料名称** | **份数** | **备 注** |
| 1  | 医师资格考试网上报名成功通知单  | 1\* |   |
| 2 | 本人有效身份证件复印件（验证单位盖鲜章） | 1\* |  |
| 3 | 毕业证书复印件（验证单位盖鲜章） | 1\* | **验原件** |
| 4 | 专科及以上学历需要同时提供《教育部学历证电子注册备案表》或国家教育行政部门指定的高等教育学历认证机构出具的《中国高等教育学历认证报告》），学历查询码有效期至6月1日，《教育部学历证书电子注册备案表》(需报名点审核人员签字确认） | 1 |  |
| 5 | 《医师资格考试试用期合格证明》（试用单位盖鲜章），港澳台和外籍考生还须提交《台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》 | 1\* |  |
| 6 | 《执业助理医师资格证书》复印件（验证单位盖鲜章）， | 1 | 执助申报执医考生提供，**验原件** |
| 7 | 《医师执业证书》复印件（验证单位盖鲜章） | 1 | 执助申报执医考生提供，**验原件** |
| 8 | 《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（变更注册地点的需要提供首次注册证明，执业时间应连续不间断） | 1 |  |
| 9 | 医疗机构《医疗机构执业许可证》复印件（盖鲜章） | 1\* |  |
| 10 | 《医师资格考试考生承诺书》  | 1\*  |   |
| 11 | 《应届毕业生医师资格报考承诺书》  | 1  | 2019年毕业生  |
| 12 | 《当年毕业研究生医师资格考试报考承诺书》  | 1  | 2020年毕业生  |
| 13 | 部队现役考生统一使用身份证报名，提供身份证复印件同时出具团级以上政治部门同意报考的证明 |  |  |
| 14 | 《2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表》 | 1 | 短线加试考生提供 |
| 15 | 《已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年的证明》 | 1 | 乡村全科执业助理医师考生提供 |
| 16 | 四川省中药管理局颁发的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》复印件加盖鲜章 | 1 | 师承和确有专长人员提供，**验原件** |

备注：1.“\*”项目是所有考生必备材料，其余项目根据报考考生情况提交材料。

 2. 资料按照此序号顺序装订整齐。复印件要求完整、清楚，提交的复印件一律使用A4纸张，其原件均由所在的医疗机构及区、县卫健局核验，并在复印件上加盖所在医疗机构公章。

附件2

医师资格考试报名收费标准



附件3

医师资格考试试用期考核证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 证 件有效期 |  |
| 报考类别 |  |
| 试用机构 | 名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 登记号 |  | 法人姓名 |  |
| 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 | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。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.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 |

军队考生审核证明

兹证明考生（证件类别及其号码：  ），试用起止时间： 年 月 至 年 月,在工作期间胜任岗位工作，考核合格。

团级以上卫生部门盖章：
          年  月 日

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 |  | 证 件有效期 |  |
| 工作机构 | 名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 登记号 |  | 法人姓名 |  |
| 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 | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。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.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 |

医师资格考试考生承诺书

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

我是报考参加2020年医师资格考试的考生，我已阅读并知悉了《医师资格考试考试规则》、《医师资格考试违纪违规处理规定》、《医师资格考试医学综合笔试的分数公布》等医师资格考试相关文件和规定。经认真考虑，郑重承诺以下事项：

　　一、保证报名时按要求提交的个人报名信息和证件真实、完整、准确。

　　二、自觉服从考试组织管理部门的统一安排，接受监考人员的检查、监督和管理。

　　三、保证在考试过程中遵纪守法、诚实守信。

如违反上述承诺，自愿按相关规定接受处罚，并愿意承担由此而造成的一切后果。

是否同意以上承诺？

是（ ） 否（ ）

承诺人姓名： 有效身份证件号：

 年 月 日

单位法人签字： 单位审核盖章：

年 月 日

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。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，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，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

 年 月 日

当年医学专业毕业研究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。

本人承诺将于今年8月31日前，将硕（博）士毕业证书原件及复印件交至考点办公室审核。如果不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。

承诺人签字：

承诺人身份证号：

手机号码：

 单位盖章：

年 月 日

2020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2017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： 年 月 日 |
| 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： |

2020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：   ）于 年 月 日至今在    乡镇卫生院或乡（镇）村卫生站（室）工作已满一年（附乡村医生执业证书复印件）。

（本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）

单位法人代表签字：

单位（盖章）：

区（市）县卫计行政部门（盖章）：

年   月   日