附件1：

**2020年周口市医师资格考试现场确认时间表**

4月8日 项城市

4月9日 商水县

4月10日 郸城县

4月11日 沈丘县

4月12日 太康县

4月13日 鹿邑县

4月14日 淮阳县

4月15日 西华县

4月16日 扶沟县

4月17日 市直、开发区、泛区

4月18日 川汇区、东新区、港区

4月19日 项城、商水、郸城、沈丘、太康补报

4月20日 鹿邑、淮阳、西华、扶沟、市直及各区补报

现场确认地点：周口市第六人民医院（周口市开元大道与中州大道交叉口东50米路南）

附件2：

**考生报名提交材料及排列顺序（2020年）**

一、报考临床助理执业医师：

（一）毕业证书

（二）报名表

（三）学历证明/学历认证报告(网上学历证明须在5月30日前有效）

（四）医师资格考试试用期考核证明

（五）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（六）2019年毕业生提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》

（七）试用机构为二级及以下医疗机构需要提供报考单位带教老师医师资格证书、医师执业证书复印件

（八）试用机构为二级及以下医疗机构的需要提供医疗机构许可证正本及副本复印件

二、临床助理执业医师报考临床执业医师

（一）助理执业证书（不得装订内页）

（二）助理资格证书（不得装订内页）

（三）毕业证书

（四）报名表

（五）学历证明/学历认证报告(网上学历证明须在5月30日前有效）

（六）执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

（七）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（八）试用机构为二级及以下医疗机构的需要提供医疗机构许可证正本及副本复印件

注：持中专毕业证取得助理医师资格后，需至少注册五年才能报考执业医师资格（即最晚2015年的助理资格证书、2016年12月31日之前注册的执业证书）

持大专毕业证书取得助理医师资格后，在2018年10月1日前注册的，可报考执业医师资格（最晚2017年的助理资格证书）。

三、直接报考临床执业医师

（一）毕业证书

（二）报名表

（三）学历证明/学历认证报告(网上学历证明须在5月30日前有效）

（四）医师资格考试试用期考核证明

（五）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（六）2019年毕业生提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》

（七）试用机构为二级及以下医疗机构需要提供报考单位带教老师医师资格证书、医师执业证书复印件

（八）试用机构为二级及以下医疗机构的需要提供医疗机构许可证正本及副本复印件

四、公卫类考生提交材料同临床类考生

五、口腔类考生提交材料同临床类考生

所在试用医疗机构应设有口腔诊疗科目，所有医疗机构均需提交医疗机构执业许可证复印件。请将医疗机构执业许可证复印件放到最下方。

* 报考乡村全科助理执业医师提交材料（不需提交带教）

（一）毕业证书

（二）报名表

（三）学历证明/学历认证报告(网上学历证明须在5月30日前有效）

（四）医师资格考试试用期考核证明

（五）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（六）2019年毕业生提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》

（七）需提交在乡卫生院或者村卫生室工作满一年并考核合格证明

（八）知情同意书

（九）报名审核法人责任承诺书

（八）医疗机构许可证正本及副本复印件

七、2020年应届毕业研究生报考临床执业医师

（一）学生证

（二）本科毕业证书

（三）报名表

（四）学校教学医院出具的实习证明（不得在非教学医院报名）

（五）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（六）学校出具的考生为专业学位研究生的证明。非专业型研究生不得报考

考生应在2020年8月1日前向考点验证毕业证及学位证（毕业证，学位证为学术型研究生的取消考试资格）

八、个体诊所注册临床助理医师报考临床执业医师

（一）助理执业证书（不得装订内页）

（二）助理资格证书（不得装订内页）

（三）法定代表人医师资格证书

（四）法定代表人医师执业证书

（五）毕业证书

（六）报名表

（七）执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

（八）学历证明/学历认证报告(网上学历证明须在5月30日前有效）

（九）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（十）医疗机构执业许可证正本及副本复印件

同一诊所多个助理医师报考的，材料应集中申报。

九、归国留学生报考

（一）毕业证书

（二）学历认证报告

（三）报名表

（四）学校所在国医师考试机构出具的，该学校该专业毕业生可以在该国参加医师资格考试的证明

（五）入学期间护照

（六）医师资格考试试用期考核证明

（七）身份证复印件（正、反面在一张A4上）

（八）2019年毕业生提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》

（九）试用机构为二级或以下医疗机构的（含二级）需要提供医疗机构许可证正本及副本复印件

(十) 试用机构为二级及以下医疗机构需要提供带教老师医师资格证书、医师执业证书复印件

十、关于后学历报考。

请严格按照《国家医师资格考试河南考区助理医师持后学历报考执业医师资格年限审核要点》通知执行。

十一、注意事项

（一）计划生育技术服务机构人员报考需要提交县级以上计划生育部门同意其报考的证明。

（二）《医疗机构执业许可证》（正、副本）复印件放在个人材料最后位置，单位加盖公章。

（三）试用机构是二级及以下医疗机构，报考执业医师或助理执业医师的，提交在该机构注册的带教老师《医师资格证书》和《医师执业证》复印件（该医师注册年限需一年以上），助升执考生不需提交。

（四）所有材料凡未注明复印件者，均要求原件。

（五）材料不齐的，复审时将被退回补充材料。

（六）乡镇助理执业医师（类别代码215）不能报考执业医师

（七）五年制大专报考需要另提交报考知情同意书和承诺书。

（八）申请短线加试的考生另需提交短线加试申请表。

附件3：现场确认相关表格

**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。 | | | | | | | | | | |

**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。 | | | | | | | | | |

**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

**五年一贯制大专毕业生报名医师资格考试知情同意书**

依据原卫生部、国家中医药管理局医师资格考试报名要求（2014版）:

(一)五年一贯制专业大专毕业生报考执业助理医师的，只能在乡镇卫生院进行试用。

（二）五年一贯制专业大专毕业生考取执业助理医师资格后，必须注册在乡镇卫生院或村卫生室执业，执业五年后可变更至县级医院。

（三）五年一贯制大专毕业生取得执业助理医师资格并执业满两年后，可以报考执业医师资格，取得执业医师资格后不限制注册地点。

以上内容已全部知晓，并认真执行。

报考人签名： 签字日期： 年 月 日

**报考乡村全科执业助理医师资格考试**

**知情同意书**

依据国家卫生计生委医师资格考试委员会公告（2020年01号）有关要求：

（一）报考者需要在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格；具备符合《医师资格考试报名资格规定（2014版）》中报考临床类别或中医类别医师资格的学历要求。

（二）乡村全科执业助理医师限定在报名所在乡镇卫生院或村卫生室执业。

（三）取得乡村全科执业助理医师资格的人员，在学历和专业符合国家医师资格考试报名资格相关规定的条件下，可以报考临床或中医类别执业医师。

以上内容已全部知晓，并认真执行。

报考人签名： 签字日期： 年 月 日

**乡村全科执业助理医师资格考试报名审核**

**法定代表人责任承诺书**

为加强本单位医师资格考试管理工作，落实乡村全科执业助理医师资格考试管理措施，确保考生报考条件真实有效，现承诺如下：

一、严格按照河南省卫生计生委、河南省中医管理局《关于开展乡村全科执业助理医师资格考试的通知》（豫卫医〔2018〕6号）有关要求，加强乡村全科执业助理医师资格考试政策宣传和考生报名资格审查，遵守《医师资格考试违纪处理暂行规定（2014版）》要求和责任追究制度，严格做好本单位参加乡村执业助理医师考试人员资格审核及出证工作。

二、经审核，特此证明我单位

具备报名资格。

如有不实，本人愿承担一切法律责任。

法定代表人签名 乡镇卫生院/村卫生室（公章）

（手写签字，请勿用章） 年 月 日

省辖市卫生计生委/中医管理局

（公章）

年 月 日

**医师资格考试现场确认简易程序知情承诺书**

我申请启用河南考区医师资格考试报名现场确认简易程序，并承诺本年度报考信息与去年相同无任何变化。

我承诺报考信息有变化而提交虚假承诺的，将接受取消当年考试成绩，2年内不得报考的处理。

考生签名：

身份证号码：

日期：

**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   * 本人自愿申请参加2020年医师资格考试短线医学专业加试。 * 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。 * 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。 * 以上个人申报信息真实、准确、有效。 * 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： | |

**报考承诺书**（非周口户籍考生用）

考生 （姓名），于 年 月 日，就职于我单位 （单位名称），同意其在我单位报考国家医师资格考试。

承诺人：

（单位法人 签字并加盖公章）

年 月 日