附件1

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2

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3

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4

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2020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： | |

附件5

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：\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_ ）已于2019年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）：  
                          2020年   月   日

附件6

考生报名审核材料清单

1、《医师资格考试网上报名成功通知单》一份；

2、考生有效身份证原件及复印件1份。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证；港澳台居民居住证或通行证（港澳台考生）、护照（外籍考生）；

3、考生毕业证复印件1份（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》需考点审核人员签字确认）；

4、直接报考执业医师或报考执业助理医师的需提供《医师资格考试试用期考核证明》；

5、执业助理医师报考执业医师考试的，需提供《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》，还应当提交《执业助理医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件1份；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；

6、考生所在单位《医疗机构执业许可证》（加盖鲜章）复印件1份；

7、应届毕业生还须填写《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》；

8、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；

9、短线加试考生还需提交《2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表》两份；

10、参加乡村全科执业助理医师考试的考生还需提交已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年的证明（2019年8月31日前进入该乡镇卫生院工作的证明），证明需所在单位法人签字并加盖公章，助理报考执业医师的，须按报考助理时的学历类别报考相应类别的执业医师一致；

11、报考中医类别传统医学师承或确有专长医师资格考试的，还须提交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》。

（以上资料按照此顺序装订整齐，复印件要完整、清楚，提交的复印件，一律使用A4，其原件均有所在的医疗机构及区、县卫生健康行政部门、考点核验，并在复印件上加盖所在医疗机构公章）