

附件 2

医师资格考试报名暨授予医师资格申请表

考区代码	考点代码	类别	加试科目	序列号
考区：		考点：		
姓名：		性别：		
证件类型：		民族：		
证件编号：		出生日期：		
国籍：		累计报考次数：		
报考学历：	学制：	学习形式：		
毕业学校：				
毕业专业：				
毕业年月：		毕业证书编号：		
在岗情况：		工作单位所在行政区域：		
工作单位名称：		单位隶属：		
本人身份：		现役军人：		
联系地址：				
邮编编码：		单位电话：		
家庭电话：		手机：		
证书类型：				
执业助理医师资格获得证书年月：		执业助理医师资格证书编码：		
执业助理医师注册年月：		执业助理医师执业证书编码：		
如考试成绩合格是否申请授予所报考的医师资格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
				本人签字： 年 月 日
本人承诺：				
1. 以上所填报信息全部真实准确，信息不再进行修改。				
2. 所持身份证件在考试期间有效。				
3. 了解并遵守《医师资格考试违纪违规处理规定》。				本人签字： 年 月 日
考点审核意见：		考区审核意见：		
审核人签名：	考点负责人签名：	审核人签名：		
考点盖章：	年 月 日	考区盖章： 年 月 日		

注：考试合格考生填写的本表连同省级卫生行政部门授予医师资格的证明文件一并存考生人事档案