附件6

2024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 | 儿科 | | | | |
| 考生承诺  1. 本人自愿申请参加2024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。  考生签名：  日 期： | | | | | |
| 单位审核：  单位盖章：  负责人签名： | | | 考点审核：  单位盖章：  负责人签名： | | |