附件1

医师资格考试网上报名成功通知单



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | 学习形式： |
|  |
| 报考学历： | 学制： |
| 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： |
| **重要提示:**1. **请考生确认所持身份证件在考试期间有效。**
2. **请考生认真填写邮箱信息，确保以后可以通过邮箱找回密码。**
3. **资格审核前，因需要修改报名信息，修改后务必重新报名并打印此通知单。**
4. **资格审核通过后，不能修改报名信息。**
 |

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: □是 □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：**审核人签名： 考点负责人签名：考点盖章： 年 月 日 | **考区审核意见：** 审核人签名：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。

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。

附件4

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“√”。

1. **军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**
2. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

附件5

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

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／PrintedbytheMinistryof HealthofPRC WS101

|  |  |
| --- | --- |
| No: | 接受院校／Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：Name: | Family／Last nameMiddle name |  | First name |  |
| 地区／Region: | 有效身份证件名称和号码／ID No: |
| 性别／Sex:male[ ] female[ ] | 出生日期：Date of Birth: | 年y. | 月 日m. d. |  |
| 学历／Academic Degree Obtained: | 专业／Specialty: |
| 毕业学校／School of Graduation: |
| 入学时间／Date of Entry: | 毕业时间／Date of Graduation: |
| 毕业证书编码／Certification No: |
| 通讯地址／Address: |
| 联系电话／Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: |
| 申请实习期限：自 年 月至 年 月Duration:From y. m.to y. m. |
| 接 受 院 校签 字 盖 章 | Authorized by:(印章/Seal)年 月 | 日 | 申请人签字：Signature of Applicant: | 年 月 日y. m. d. |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 | 年 月 日 |
| 备 注 | 1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。Note:1. This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications ofDoctors.
2. Please present this form to apply for entry visa at local PoliceOffice.
 |

共三联，第一联：寄台湾、香港、澳门实习人员

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

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／PrintedbytheMinistryof HealthofPRC WS101

|  |  |
| --- | --- |
| No: | 接受院校／Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：Name: | Family／Last name Middle name |  |  |  | First name |  |  |  |
| 地区／Region: | 有效身份证件名称和号码／ID No: |
| 性别／Sex:male[ ] | female [ | ] |  | 出生日期：Date of Birth: | 年y. | 月m. | 日d. |  |  |  |  |
| 学历／Academic Degree Obtained: | 专业／Specialty: |
| 毕业学校／School of Graduation: |
| 入学时间／Date of Entry: | 毕业时间／Date of Graduation: |
| 毕业证书编码／Certification No: |
| 通讯地址／Address: |
| 联系电话／Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: |
| 申请实习期限：自Duration: From | 年y. | 月至m.to | 年y. | 月m. |  |  |  |  |  |  |  |
| 接 受 院 校签 字 盖 章 |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 省级卫生／ 中医药行政主管部门签字盖章 |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 备 注 |  |

共三联，第二联：省级卫生／中医药行政主管部门留存

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

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／PrintedbytheMinistryof HealthofPRC WS101

|  |  |
| --- | --- |
| No: | 接受院校／Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：Name: | Family／Last name Middle name |  |  |  | First name |  |  |  |
| 地区／Region: | 有效身份证件名称和号码／ID No: |
| 性别／Sex:male[ ] | female [ | ] |  | 出生日期：Date of Birth: | 年y. | 月m. | 日d. |  |  |  |  |
| 学历／Academic Degree Obtained: | 专业／Specialty: |
| 毕业学校／School of Graduation: |
| 入学时间／Date of Entry: | 毕业时间／Date of Graduation: |
| 毕业证书编码／Certification No: |
| 通讯地址／Address: |
| 联系电话／Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: |
| 申请实习期限：自Duration: From | 年y. | 月至m.to | 年y. | 月m. |  |  |  |  |  |  |  |
| 接 受 院 校签 字 盖 章 |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 备 注 |  |

共三联，第三联：公安出入境管理部门留存

附件6

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/PrintedbytheMinistryofHealthofPRC WS102

|  |  |
| --- | --- |
| No： | 接受院校/Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名: Name: | Family/Lastname First name Middlename |
| 地区/Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No: |
| 性别/sex:male[ ] female[ ] | 出生日期: 年Dateof Birth: y. | 月m. |  | 日d. |
| 学历/Academic Degree Obtained: | 专业/Specialty: |
| 毕业学校/School of Graduation: |
| 入学时间/Date of Entry: | 毕业时间/Date of Graduation: |
| 毕业证书编码/Certification No: |
| 通讯地址/Address: |
| 联系电话/Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: |
| 申请实习期限:自 年 月至 年 月Duration:From y. m.to y. m. |
| 接 收 院 校签 字 盖 章 | Authorized by:(印章/Seal)年 月 日 | 申 请 人 签 字 : Signature of Applicant:年y. |  | 月m. | 日d. |
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | 年 | 月 |  | 日 |
| 备 | 注 | 1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。Note:1、This form is for persons coming from Tai Wan，Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors.2、Please present this form to apply for entry visa at local Police Office. |

共三联，第一联：寄外籍来华实习人员

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/PrintedbytheMinistryofHealthofPRC WS102

|  |  |
| --- | --- |
| No： | 接受院校/Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名: Name: | Family/Lastname First name Middlename |
| 地区/Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No: |
| 性别/sex:male[ ] female[ ] | 出生日期: 年DateofBirth: y. | 月m. |  | 日d. |
| 学历/Academic Degree Obtained: | 专业/Specialty: |
| 毕业学校/School of Graduation: |
| 入学时间/Date of Entry: | 毕业时间/Date of Graduation: |
| 毕业证书编码/Certification No: |
| 通讯地址/Address: |
| 联系电话/Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: |
| 申请实习期限:自 年 月至 年 月Duration:From y. m.to y. m. |
| 接 收 院 校签 字 盖 章 | Authorized by:(印章/Seal)年 月 日 | 申 请 人 签 字 : Signature of Applicant:年y. |  | 月m. | 日d. |
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | 年 | 月 |  | 日 |
| 备 | 注 |  |

共三联，第二联：省级卫生/中医药行政主管部门留存

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/PrintedbytheMinistryofHealthofPRC WS102

|  |  |
| --- | --- |
| No： | 接受院校/Host Institution: |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名: Name: | Family/Lastname First name Middlename |
| 地区/Region: | 有效身份证件名称和号码/ID No: |
| 性别/sex:male[ ] female[ ] | 出生日期: 年DateofBirth: y. | 月m. |  | 日d. |
| 学历/Academic Degree Obtained: | 专业/Specialty: |
| 毕业学校/School of Graduation: |
| 入学时间/Date of Entry: | 毕业时间/Date of Graduation: |
| 毕业证书编码/Certification No: |
| 通讯地址/Address: |
| 联系电话/Tel: | E-mail: |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: |
| 申请实习期限:自 年 月至 年 月Duration:From y. m.to y. m. |
| 接 收 院 校签 字 盖 章 | Authorized by:(印章/Seal)年 月 日 | 申 请 人 签 字 : Signature of Applicant:年y. |  | 月m. | 日d. |
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | 年 | 月 |  | 日 |
| 备 注 |  |

共三联，第三联：公安出入境管理部门留存

附件7

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

附件8

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 | 儿科( )院前急救( )军事医学( )（请在括号内打√） |
| 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： |