关于做好昌平区2020年国家医师资格考试报名现场审核工作的通知

各医疗卫生机构、考生：

根据北京市卫生健康委人才交流服务中心《北京考区关于2020年度医师资格考试考务工作的通知》（京卫人交字〔2020〕3号）要求，结合北京市新冠肺炎疫情防控工作相关要求，为确保我区2020年医师资格考试报名现场审核工作顺利进行，现将相关工作安排通知如下：

一、现场审核时间、地点及相关要求

（一）时间：按照疫情防控的相关要求，为避免人员聚集，今年现场审核工作分批次进行，请各考生按照工作（试用）单位类别及对应的时间到现场进行审核。现场审核时间为每日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。

|  |  |
| --- | --- |
| **工作（试用）单位类别** | **现场确认日期** |
| 医院 | 5月13日 |
| 门诊部 | 5月14日上午 |
| 诊所 | 5月14日下午 |
| 部队、村卫生室、  医学检验实验室 | 5月15日上午 |
| 其它医疗机构 | 5月15日下午 |

1. 地点：北京市昌平卫生学校审核大厅（昌平区东环南路138号）。
2. 为避免疫情防控期间人员聚集，报考考生2人以上（包括2人）的医疗机构，由单位统一收集考生材料，安排1人携带所有考生材料到现场进行审核。
3. 进入现场审核人员要听从现场工作人员指挥，必须佩戴口罩，在指定区域排队等候，相互间要保持1米距离。
4. 同时配合工作人员进行体温检测及核实“北京健康宝”信息，体温正常且“北京健康宝”状态为“未见异常”者方可进入审核现场。对未佩戴口罩的、拒绝接受体温检测、拒不出示“北京健康宝”信息的人员，考点有权拒绝其进入。

（六）咨询电话：69725514（工作日）。

二、现场审核所需材料

（一）《医师资格考试网上报名成功通知单》并在该表中“工作单位名称”加盖用人单位公章。

（二）试用机构出具的1年以上的《医师资格考试试用期考核证明》，执业助理医师报考执业医师的提供《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》，以上试用机构涉及多个单位的，须多个单位同时开具证明，每个单位1份。

（三）有效身份证明原件及复印件。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、军官证、警官证、文职干部证、士兵证、军队学员证；港澳台居民居住证或港澳台居民身份证（港、澳、台考生）、护照（外籍考生）。

（四）毕业证书原件及复印件、《教育部学籍在线验证报告》（学信网），有以下情况者须按要求提供相关材料：

1.2020年毕业以专业学位研究生学历报考的，应提交研究生院或院校主管部门开具的临床（或公共卫生）实践训练经历满一年证明、《在读研究生证明》和《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》。

2.本科学历为专升本的考生，同时提交专科毕业证书。

3.持有国外医学学历学位的中国大陆考生，还须提交教育部留学服务中心出具的学历认证报告。

4.台港澳和外籍考生还须提交《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》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

5.中等职业学校医学类专业毕业生，毕业学校非北京市学校的，须提交省级教育行政部门出具的跨省招生计划。

6.毕业证书遗失的提供由原学校补办教育部统一制式的“毕业证明书”，其他证明无效。

（五）除军队现役考生、在校研究生考生、台港澳考生和外籍考生，其他考生均须提供试用期间连续三个月为考生缴纳社保的凭证原件（加盖社保部门业务专用章）。

（六）考生在网上报名时上传个人jpg格式近6个月内的二寸免冠正面半身彩色白底照片（该照片同时用于《医师资格证书》和《医师执业证书》的制证，不得更换），现场确认时需交1张二寸同底版照片。

（七）试用机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件（军队医疗机构除外）。

（八）执业助理医师报考执业医师的，还须提交《执业助理医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件。

（九）军队现役考生须提交居民身份证和军队相关身份证明原件及复印件，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

（十）参加短线医学加试的考生须提交《医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格申请审核表》（具有执业助理医师资格且符合报考执业医师条件的考生，注册执业范围须为院前急救、儿科）。

（十一）报考传统医学师承或确有专长人员，需提交北京中医管理局印发的《传统医学师承出师证书》和《传统医学医术确有专长证书》及《传统医学师承和确有专长人员医师资格考核合格证书》原件及复印件。

（十二）以上所提供的报名材料需使用A4纸复印。

三、收费

现场审核确认后请考生登录国家医学考试网缴纳实践技能考试费用,实践技能考试通过后及时缴纳综合笔试考试费用，逾期未缴费的，视为报名无效。

四、其它注意事项

（一）考生要认真核对报名信息，信息一经确认将不予更改，国家医考中心不再受理2017年及以后考生因个人填报信息错误申请的信息修改。

（二）昌平区卫生健康委负责昌平区考点考生现场审核工作，并接受北京市卫生健康委人才交流服务中心对考生报考资格复审，考生所提供的相关材料及信息应真实有效，如考生提供虚假材料及错误信息，后果由考生个人负责。

（三）2019年在国家临床类别实践技能考试新三站试点基地通过技能考试2020年技能考试免考人员须进行现场审核。

1. 医师资格考试报名资格相关规定、实践技能和综合笔试考试信息、准考证打印及成绩查询可登录登陆国家医学考试网站（www.nmec.org.cn）查询。实践技能考试不合格的考生不能参加医学综合笔试。

附件：1.医师资格考试报名材料真实性承诺书

2.医师资格考试试用期考核证明

3.执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

4.应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

5. 在读研究生证明

6.医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格申请审核表

附件1

医师资格考试报名材料真实性承诺书

本人报名参加2020年度医师资格考试，所提供的毕业证书或学位证书、资格证书、执业证书和试用证明等报名材料真实可靠。如有任何不实，愿按医师资格考试的有关规定接受处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

年 月 日

附件2

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3

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4

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5

在读研究生证明

本校 医学院 硕士/博士研究生： 性别

攻读专业： 学号：

拟于 年 月毕业。

特此证明

研究生管理部门（章）

签发人姓名：

签发日期：2020年 月 日

请在校研究生报考的考生填写上表，经本校研究生院管理部门签章后，在报名资格审核时提交给考点办公室。

2020年毕业的应届研究生须于2020年8月31日前，将毕业证书原件及复印件交至考点办公室。

附件6

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： | |