附件4：

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 加试专业 |  | 所在科室 |  |
| 毕业专业 |  | | |
| 所在单位 |  | | |
| 所在单位审核意见  （需如实写明考生在医院哪个科室哪个岗位）  科室负责人签字：  经办人签字：  负责人签字：  日期： 盖章（单位公章）： | | | |

注：1.负责人签字需由单位法人代表（院长）签字或盖名章；

2.单位公章处需由单位盖章，单位部(科)室盖章无效。