附件5

医师资格考试短线医学专业加试申请表

|  |
| --- |
| **个人信息** |
| 姓名： | 身份证号码： |
| 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2025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： |