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： |