附件1

毕节市2023年医师资格考试现场审核报名人员清单

县（区）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 工作单位 | 报考类别代码 | 报考序列号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |
| 2023年医师资格考试报名人数情况统计表 |
| 填报单位： |  |
| 序号 | 报考类别 | 报考人数 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
|   | 　 | 　 |

附件3

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 |
|  | 填表说明：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

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 |
|   | 填表说明：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5

**初中起点五年制大专临床专业毕业生取得执业助理资格后乡镇执业不满五年报考**

**执业医师知情同意书**

本人 ，身份证号： ，系 初中起点五年制大专临床医学专业毕业生， 年取得临床执业助理医师资格， 年起在 乡镇卫生院（村卫生室）执业，至今未满5年。本人已认真阅读《卫生部办公厅关于卫生保健专业、初中起点五年制大专临床医学专业毕业生参加执业助理医师资格考试及执业注册问题的通知》（卫办医发〔2008〕67号）文件，并已了解以下情况：

一、取得省级以上教育行政部门批准设置并经省级以上卫生行政部门同意的中等卫生学校初中起点五年制大专临床医学专业学历的人员，可以报考执业助理医师资格。

二、卫生保健专业、初中起点五年制大专临床医学专业毕业生取得执业助理医师资格后，限定申请在乡、村两级医疗机构执业注册。初中起点五年制大专临床医学专业毕业生在乡村两级医疗机构工作满5年后，方可申请将执业地点变更至县级医疗机构工作。

本人所在考点已详细告知报考相关事宜，审慎考虑后坚持报考执业医师，并自愿承担考试合格后卫生部不予颁发执业医师资格证书的结果。

考生签名： 日 期：

附件6

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7

2023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2023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： |

附件8

2023年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表

考点（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 考点代码 | 姓名 | 身份证号  | 申报岗位  | 是否通过实践技能考试  | 是否签署考生承诺 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

经手人签字： 日 期： 年 月 日

附件9

医师资格考试医学综合考试

贵州考区计算机化考试知情同意书

考生姓名： 身份证号码：

本人已知悉2023年医师资格考试医学综合考试将使用计算机化考试的方式进行，了解并同意以下情况：

一、自愿遵守计算机化考试相关的考试规定。

二、因计算机化考试的特殊性，在考试过程中发生断电、断网或计算机故障等异常情况，导致考试延迟或无法正常进行时。自愿服从考点及考场考务人员的管理，按照国家医师资格考试计算机化考试异常情况处理规定的处置办法，待异常情况处理完毕后，继续完成考试。如发生异常情况时未服从考点和考场考务人员管理的，本人自愿承担所产生之后果。

考生签名： 日期： 年 月 日

附件10：

考生缴费承诺书

考生姓名：

身份证号：

工作单位：

报考类别：

有效联系电话：

本人承诺在规定时间内按时缴纳2023年医师资格实践技能考试、第一次医学综合笔试、第二次医学综合笔试考试费用，若因个人原因（未关注相关通知公告、联系方式有误、无法联系、无法通知等）未及时缴纳相关费用，导致不能参加考试，责任自负。

特此承诺！

（本承诺书一式两份，考生一份、报名点留存一份）

考生签名： 日期： 年 月 日