附件1

**2019年医师资格考试报名信息核对确认表**

本人填报信息全部真实准确，所持身份证件在考试期间有效，了解和遵守《医师资格考试违纪违规处理规定》，以及“在《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上签字确认后，信息不得进行修改”的规定。

**因不按规定要求报名，信息误填、漏填或填报虚假信息而影响报名、确认、考试等相关工作的，后果由本人自行承担。**按照以上要求，现对本人网上报名信息与实际信息再次进行逐一核对如下：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **核对项目** | **是否正确** | **序号** | **核对项目** | **是否正确** |
| 1 | 姓名 | 是/否 | 9 | 毕业专业 | 是/否 |
| 2 | 性别 | 是/否 | 10 | 毕业年月 | 是/否 |
| 3 | 身份证号码 | 是/否 | 11 | 毕业证书编号 | 是/否 |
| 4 | 出生日期 | 是/否 | 12 | 工作单位名称 | 是/否 |
| 5 | 学习形式 | 是/否 | 13 | 执业助理资格证获得证书年月 | 是/否 |
| 6 | 报考学历 | 是/否 | 14 | 助理资格证书编码 | 是/否 |
| 7 | 学制 | 是/否 | 15 | 执业助理医师注册年月 | 是/否 |
| 8 | 毕业学校 | 是/否 | 16 | 执业助理医师执业证书编码 | 是/否 |

经对以上信息认真核对无误，对核对的信息无异议，愿意签字为证。

考生签名：

2019年 月 日

附件2

安徽省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 |  | | | | | | 法人姓名 |  | |
| 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  及承诺 | 合格 （ ） 不合格（ ）  **承诺本表中所证明内容及所附材料均真实、合法、有效，符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处或侵权行为，我单位愿负相应责任，并承担由此所造成的一切后果。**  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.本表栏目空间不够填写，可另附页。

安徽省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 |  | | | | | | 法人姓名 |  | |
| 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  及承诺 | | 合格 （ ） 不合格（ ）  **承诺本表中所证明内容及所附材料均真实、合法、有效，符合国家有关规范、标准和规定。如有不实之处或侵权行为，我单位愿负相应责任，并承担由此所造成的一切后果。**  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.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附件3

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。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，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，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

2019年 月 日

附件4

2019年度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2019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： | |

,