**附件1**

**http://192.168.100.30:8080/demokaowu/library/barcode.jpg?C=370181199102283856&_=0.10613305880263268医师资格考试网上报名成功通知单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考区代码 | 考点代码 | 类别 | 加试科目 | 序列号 |
|  |  |  |  |  |
| 考区： | | 考点： | |  |
| 姓名： | | 性别： | |
| 证件类型： | | 民族： | |
| 证件编号： | | 出生日期： | |
| 国籍： | | 学习形式： | |
| 报考学历： | | 学制： | |
| 毕业学校： | | | |
| 毕业专业： | | | |
| 毕业年月： | | 毕业证书编号： | | |
| 在岗情况： | | 工作单位所在行政区域： | | |
| 工作单位名称： | | | | |
| **重要提示:**  **1.请考生确认所持身份证件在考试期间有效。**  **2.请考生认真填写邮箱信息，确保以后可以通过邮箱找回密码。**  **3.资格审核前，因需要修改报名信息，修改后务必重新报名并打印此通知单。**  **4.资格审核通过后，不能修改报名信息。** | | | | |

**附件2**

医师资格考试报名暨授予医师资格申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考区代码 | 考点代码 | 类别 | 加试科目 | 序列号 |
|  |  |  |  |  |
| 考区： | | 考点： | |  |
| 姓名： | | 性别： | |
| 证件类型： | | 民族： | |
| 证件编号： | | 出生日期： | |
| 国籍： | | 累计报考次数： | |
| 报考学历： 学制： | | 学习形式： | |
| 毕业学校： | | | |
| 毕业专业： | | | |
| 毕业年月： | | 毕业证书编号： | | |
| 在岗情况： | | 工作单位所在行政区域： | | |
| 工作单位名称： 单位隶属： | | | | |
| 本人身份： | | 现役军人： | | |
| 联系地址： | | | | |
| 邮编编码： | | 单位电话： | | |
| 家庭电话： | | 手机： | | |
| 证书类型： | |  | | |
| 执业助理医师资格获得证书年月： | | 执业助理医师资格证书编码： | | |
| 执业助理医师注册年月： | | 执业助理医师执业证书编码： | | |
| 如考试成绩合格是否申请授予所报考的医师资格: □是 □否  本人签字： 年     月     日 | | | | |
| 本人承诺： **1.以上所填报信息全部真实准确，信息不再进行修改。**  **2.所持身份证件在考试期间有效。 3.了解并遵守《医师资格考试违纪违规处理规定》。** 本人签字： 年     月     日 | | | | |
| **考点审核意见：**  审核人签名： 考点负责人签名：  考点盖章： 年 月 日 | | | **考区审核意见：**  审核人签名：  考区盖章： 年 月 日 | |

注:考试合格考生填写的本表连同省级卫生行政部门授予医师资格的证明文件一并存考生人事档案。

**附件3**

**医师资格考试试用期考核证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | 证 件  有效期 |  | |
| 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 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。  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 | | | | | | | | | |
| 注： | 1.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，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 | | |  | | 证 件  有效期 |  |
| 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 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。  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 | | | | | | | | |
| 注： | 1.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | |

**附件5：**

**医师资格考试—应届毕业生单位试用证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 所学系、  专业 |  |
| 取得医学  学历时间 |  | 身份证  号 码 |  | | |
| 申请级别 |  | | 申请类别 |  | |
| 试用机构名称、地址 |  | | | | |
| 试用时间  （年、月、日） |  | | | | |
| 试用期  岗位类别 |  | | 试用期  岗位专业 |  | |
| 考生已承诺将于今年8月前，将后续试用累计满1年的《医师资格考试试用期考核证明》及时交考点办公室。  试用机构公章  （负责人）签字： 年 月 日 | | | | | |
| 备注 |  | | | | |

**至2017年2月止，近1年来试用期未满一年的考生，需提供此试用证明。**

**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

**台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／Printed by the Ministry of Health of PRC WS101

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No: | | 接受院校／Host Institution: | | | | | | |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：  Name: | | | | Family／Last name First name  Middle name | | | |
| 地区／Region: | | | 有效身份证件名称和号码／ID No: | | | | |
| 性别／Sex:  male [ ] female [ ] | | | | | 出生日期： 年 月 日  Date of Birth: y. m. d. | | |
| 学历／Academic Degree Obtained: | | | | | | 专业／Specialty: | |
| 毕业学校／School of Graduation: | | | | | | | |
| 入学时间／Date of Entry: | | | | | | 毕业时间／Date of Graduation: | |
| 毕业证书编码／Certification No: | | | | | | | |
| 通讯地址／Address: | | | | | | | |
| 联系电话／Tel: | | | | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: | | | | | | | |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: | | | | | | | |
| 申请实习期限：自 年 月至 年 月  Duration: From y. m. to y. m. | | | | | | | |
| 接 受 院 校  签 字 盖 章 | | | Authorized by:  (印章/Seal)  年 月 日 | | | | | 申请人签字：  Signature of Applicant:  年 月 日  y. m. d. |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 | | | 年 月 日 | | | | | |
| 备 注 | | | 1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。  2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。  Note:  1.This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors.  2.Please present this form to apply for entry visa at local Police Office. | | | | | |

共三联，第一联：寄台湾、香港、澳门实习人员

附件8

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No： | 接受院校/Host Institution: | | | | |
| 由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写 | 姓名: Name: | | Family/Last name First name Middle name | | |
|
| 地区/Region: | | 有效身份证件名称和号码/ID No: | | |
|
| 性别/sex: male[ ] female[ ] | | | 出生日期: 年 月 日  Date of Birth: y. m. d. | |
|
| 学历/Academic Degree Obtained: | | | | 专业/Specialty: |
|
| 毕业学校/School of Graduation: | | | | |
| 入学时间/Date of Entry: | | | 毕业时间/Date of Graduation: | |
|
| 毕业证书编码/Certification No: | | | | |
| 通讯地址/Address: | | | | |
| 联系电话/Tel: | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: | | | | |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: | | | | |
| 申请实习期限:自 年 月至 年 月 Duration: From y. m.to y. m. | | | | |
|
| 接 收 院 校 签 字 盖 章 | | Authorized by:  (印章/Seal)  年 月 日 | | | 申请人签字: Signature of Applicant:  年 月 日   y. m. d. |
|
|
|
|
|
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | | 年 月 日 | | | |
|
|
|
| 备 注 | |  | | | |
|
|
|
|
|

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC WS102

共三联，第一联：寄外籍来华实习人员

**附件9：**

**医师资格考试应届毕业学历、学位证明**

医师资格考试考点办公室：

兹证明 （身份证号 ），性别 ，系我校 级在校硕士/博士研究生， 专业（专业方向），学制 年，将于 年 月在我校应届毕业，学位类别为□医学/□其他学位；□专业学位/□科学学位。

特此证明。

经办人：

经办人联系电话：

单位（公章）：

年 月 日

填表说明：1、此表由相关大学的研究生培养管理部门填写

2、所填写的学制、专业（专业方向）、学位类别等项，必须与将发的毕业证书及学位证书保持一致。如毕业证书上注明有专业方向的请在括号中写明，没有的可以不写。

3、因填写错误或内容不真实所产生的后果概由填表人负责

**附件10： 医师资格考试考生临床实习证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 所学专业 |  | |
| 取得学历  年 月 |  | | 有效身份证件号码 | | |  | | | | |
| 所在学校 | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 实习起止  时 间 | 1、本科阶段（ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 | | | | | | | | | |
| 2、研究生阶段（ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 | | | | | | | | | |
| 本科阶段 | 专业： 学历学位： | | | | | | | | | |
| 研究生实习阶段主要  轮转科室 | 实习科室及实习时间 | | | 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 | |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 导师意见 | 以上实习情况真实可信。  导师签字：  导师执业证书号码：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 实习单位  考核意见 | 合格 （ ） 不合格（ ）  法定代表人签字：  单位公章  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1、此表适用于当年毕业的学术学位（原科学学位）研究生中，须提供“具有相当于大学本科1年的临床或公共卫生毕业实习满1年”证明者

2、凡打此类证明的当年毕业研究生考生：（1）浙江大学医学院的考生必须基本符合浙江大学相应专业本科实习计划的要求；（2）浙江中医药大学的考生必须基本符合浙江中医药大学相应专业本科实习计划的要求

3、本科阶段+研究生阶段实习时间需满一年，科博的本科阶段可增加硕士阶段

附件11

**未取得学位证书证明（往届毕业生）**

医师资格考试考点办公室：

兹证明 （身份证号 ），性别 ，于 年 月毕业于我校

专业，因故未取得学位证书。该学生毕业专业的学位类别应为□医学/□其他学位；□专业学位/□科学学位（研究生学历考生需打钩）。

特此证明。

经办人：

经办人联系电话：

单位（公章）：

年 月 日

附件12

2017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2017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13：** 浙江省2017年医师资格考试报名名单（需转化成EXCEL电子表）

报考单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **科 室** | **报考学历** | **毕业学校** | **毕业专业** | **毕业时间** | **报考类别** | **手 机 号** | **身份** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：身份是指在职、长学制、当年毕业研究生或规培生、科硕、专硕、科博或专博等。