

医师资格考试试用期考核证明

姓 名	*** (与身份证相符)	性 别	* (与身份证相符)	出生年月	****年*月 (与身份证相符)
民 族	*(与身份证相符)	所学专业	**** (与毕业证相符)	医学学历	**(与毕业证相符)
取得学历 年 月	****年*月 (与毕业证相符)	有效身份 证件号码	***** (与身份证相符)	证 件 有效期	****, **, **-*** *, **, ** (与身份证相符)
报考类别	**执业医师/**执业助理医师 (见第三页填写说明)				
试用机构	名 称	** (与医疗机构执业许可证副本第一名称相符)			
	地 址	** (与医疗机构执业许可证副本相符)		邮 编	*****
	登记号	** (与医疗机构执业许可证副本相符)		法人姓名	*** (与医疗机构 执业许可证副本 相符)
试用起止 时 间	(****) 年 (**) 月至 (2020) 年 (2) 月--- (截止 2020 年 2 月试用期需累计一年或以上。应/往届毕业生试用期不足 1 年, 需提供《报考承诺书》)				
主 要 试 用 岗 位 (科 室)	岗 位 (科 室) 名 称	带教老师评价 合 格 不合格		带 教 老 师 医 师 执 业 证 书 号 码	带教老师签字
	(不能填写后 勤科室)	√		110*** (编号以执 业类别开头, 15 位数字)	*** (手写签名)
试 用 机 构 考 核 意 见	<p>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。</p> <p>合格 (√) 不合格 ()</p> <p>单位法人代表/法定代表人签字: *** (签名或印章) (单位公章) (与医疗机构执业许可证副本相符)</p> <p>2020 年 2 月**日</p>				

- 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。

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：(2016*****)

执业助理医师执业证书编号：(210*****)

姓 名	*** (与身份证相符)	性 别	* (与身份证相符)	民 族	* (与身份证相符)
医学学历	** (与毕业证相符)	所学专业	**** (与毕业证相符)	取得学历 年 月	****年**月 (与毕业证相符)
报考类别	**执业医师 (见第三页 填写说明)	有效身份 证件号码	***** (与身份证相符)	证 件 有效期	****. **. **-** **. **. ** (与身份证相符)
工作机构	名 称	*** (与医疗机构执业许可证副本第一名称相符)			
	地 址	*** (与医疗机构执业许可证副本相符)		邮 编	*****
	登记号	*** (与医疗机构执业许可证副本相符)		法人姓名	*** (与医疗机构执业许可证副本相符)
工作起止 时 间	(****) 年 (**) 月至 (2020) 年 (2) 月--- (截止 2020 年 2 月执业期考核证明累计不足 5 年/2 年, 但到 2020 年 8 月累计满 5 年/2 年的, 需提供《报考承诺书》)				
主 要 工 作 岗 位 (科 室)	岗 位 (科 室) 名 称	带教老师评价 合 格 不合格		带 教 执 业 医 师 执 业 证 书 号 码	带教老师签字
	** (不能填写后勤科室)	√		110***** (编号以执业类别开头, 15 位数字)	*** (手写签名)
工 作 机 构 考 核 意 见	<p>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。</p> <p>合格 (√) 不合格 ()</p> <p>单位法人代表/法定代表人签字：*** (签名或印章) (单位公章) (与医疗机构执业许可证副本相符)</p> <p>2020 年 2 月**日</p>				

- 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。

说明:

《医师资格考试试用期考核证明》、《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》的“**报考类别**”，请填写数据或中文全称。

110 临床执业医师

210 临床执业助理医师

120 口腔执业医师

220 口腔执业助理医师

130 公共卫生执业医师

230 公共卫生执业助理医师

140 具有规定学历中医执业医师

240 具有规定学历中医执业助理医师

150 中西医结合执业医师

250 中西医结合执业助理医师

340 师承和确有专长中医执业医师

440 师承和确有专长中医执业助理医师

216 乡村全科执业助理医师

2020 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	与考核证明上的“岗位名称”相符
加试内容	儿科		
<p style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">考生承诺</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本人自愿申请参加 2020 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。 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <p>考生签名：***（手写签名）</p> <p>日 期：2020 年 2 月*日</p> </div>			
<p>单位审核：</p> <p>单位盖章：</p> <p>负责人签名：</p>		<p>考点审核：</p> <p>单位盖章：</p> <p>负责人签名：</p>	

乡村全科执业助理医师报考人员在岗声明

本人于 2019 年 8 月前进入 ****（填写医疗机构执业许可证上的第一名称）乡镇卫生院/村卫生室工作，目前是该卫生院/卫生室的在岗人员，工作地点是 *****（填写乡镇卫生院/村卫生室的《医疗机构执业许可证》中核准的执业地点）。

特此声明：如上述声明内容与事实不符，自愿承担由此产生的一切后果及责任。

考生本人手写签名：***（手写签名）

日期：2020 年 2 月 日

考生以上声明属实。

所在乡镇卫生院/村卫生室（盖章）：

法定代表人签名：***（签名或印章）

日期：2020 年 2 月 日

报考乡村全科执业助理医师知情同意书(2020 年版)

本人已认真阅读了开展乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的相关文件,并已了解以下情况:

一、乡村全科执业助理医师资格考试条件、考试安排和管理政策。

二、当年不能同时报考全国医师资格考试其他类别考试。

三、乡村全科执业助理医师执业地点限定为报名所在乡镇卫生院或村卫生室。

四、文件中的其他内容。

本人将严格遵守文件相关规定,如有违反,本人愿意承担相应的责任并接受相应处理,欢迎社会各界人士监督。

考生手写签名: *** (手写签名)

日期: 2020 年 2 月*日

所在县卫生局、乡镇卫生院或村卫生室盖章确认已履行告知义务,并承诺该考生符合乡村全科执业助理医师资格考试试点工作相关文件规定的报名条件。

所在单位 (盖章)

法定代表人签名: 签名或印章

日期: 2020 年 2 月*日

所在县卫生局 (盖章)

负责人签名: 签名或印章

日期: 2020 年 2 月*日

本知情同意书一式叁份,一份报名使用,一份所在乡镇卫生院或村卫生室保管,一份县卫生局存档。

应/往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（填写毕业证上的发证学校、专业）。

自****年**月起，在 *****(填写医疗机构执业许可证副本第一名称) 单位试用，至 2020 年 8 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，并按规定接受取消当年医师资格考试资格的处罚。

考生签字：***（手写签名）

有效身份证明号码：*****（与身份证相符）

手机号码：****（可联系）

2020 年 2 月 日

助理医师报考执业医师资格考试报考承诺书

本人于****年**月**日取得助理医师资格并首次注册。

自****年**月起，在*****（填写医疗机构
执业许可证副本第一名称）单位执业，至 2020 年 8 月执业
期将满**年。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，将后续执业期累计
满两/五年的《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》
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：***（手写签名）

有效身份证明号码：*****（与身份证相符）

手机号码：****（可联系）

2020 年 2 月 日