

院前急救岗位证明

(医师资格考试短线医学专业加试人员专用)

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|--|------|--|
| 申请人姓名 | | 性别 | | 加试专业 | |
| 工作单位 | | 身份证号码 | | | |
| 申请人声明 | 本人报名参加_____年度全国执业医师资格考试医学综合笔试短线医学 <u>院前急救</u> 专业加试，现工作岗位为_____县120急救站，从事院前急救工作。 | | | | |
| | 申请人签字（手印）： | | | | |
| 单位证明 | 兹有我单位职工_____报名参加_____年度全国执业医师资格考试医学综合笔试短线医学 <u>院前急救</u> 专业加试，因县级120急救站挂靠本院，特此证明其工作岗位确实为本县120急救站，并从事院前急救工作。 | | | | |
| | 法人签字： 单位名称（印章）： | | | | |
| | 日期： 年 月 日 | | | | |
| 县区级卫生计生行政主管部门意见 | 盖章： 日期： 年 月 日 | | | | |
| 市级卫生计生行政主管部门意见 | 盖章： 日期： 年 月 日 | | | | |

儿科岗位证明

(医师资格考试短线医学专业加试人员专用)

| | | | | | |
|-----------------|---|-------|--|------|--|
| 申请人姓名 | | 性别 | | 加试专业 | |
| 工作单位 | | 身份证号码 | | | |
| 申请人声明 | 本人报名参加_____年度全国执业医师资格考试医学综合笔试短线医学 <u>儿科</u> 专业加试，现工作岗位为 <u>(单位名称)</u> 从事儿科工作。 | | | | |
| | 申请人签字 (手印): | | | | |
| 单位证明 | 兹有我单位职工 _____ 报名参加 _____ 年度全国执业医师资格考试医学综合笔试短线医学 <u>儿科</u> 专业加试，特此证明其工作岗确实在本单位从事儿科工作。 法人签字: | | | | |
| | 单位名称 (印章): 日期: 年 月 日 | | | | |
| 县区级卫生计生行政主管部门意见 | 盖章: 日期: 年 月 日 | | | | |
| 市级卫生计生行政主管部门意见 | 盖章: 日期: 年 月 日 | | | | |