

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__院前急救__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__院前急救__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__儿科__专业加试，现工作岗位为 (单位名称)_____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__儿科__专业加试，特此证明其工作岗位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				