附件1

**2019年度医师资格考试报名提交材料说明**

一、医师执业年限

根据《执业医师法》第九条第二款，须按取得执业助理医师执业证书时间计算连续工作时间。专科学历毕业的须于2017年12月31日前注册，中专学历毕业的于2014年12月31日前注册，方可报考2019年医师资格考试。提供的连续工作证明须按执业变更记录逐个单位开据。

二、执业证变更或丢失

跨省变更的原证已收回或丢失的，须由原注册批准单位出具证明或打印注册记录后加盖公章。

三、医疗机构许可证

《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章),除各级疾控中心外，其他医疗机构必须提供。请考生提供“副本”（正本无效），加盖单位“公章”（科室章无效）。非现役军人在部队医院试用或执业的，须提供军队医疗机构对外服务许可证。

四、证明材料

《试用期考核合格证明》和《连续工作证明》在国家医学考试网下载打印，如涉及多个单位，须多个单位同时开据证明，每个单位一份。

五、身份证复印件须双面复印，其他证件（军官证、护照、医师资格证、执业证等）须将照片页与内容页同时复印。

六、毕业证丢失的可以提供由原学校补办教育部统一制式的“毕业证明书”，其他证明无效。

七、参加短线医学加试考生需单独递交《医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格申请审核表》(详见本年度考务通知)

八、提供虚假《试用期考核合格证明》、《连续工作证明》和假毕业证的考生，考点有权扣留假证明和假毕业证，核实后进行全市通报，并依据《医师资格考试违纪处理规定》取消两年报考资格。对开据虚假证明的医疗机构通报其主管卫生行政部门进行处理。

**一、本科学历报考执业医师者**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

㈢毕业证原件及复印件1份;

㈣《试用期考核合格证明》1份;

㈤《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

㈥本科毕业生报名，如果本科学历为专升本的且为2015年9月1日以后升入本科的，则需提交专科毕业证书审核。

**二、大专学历已取得执业助理医师报考执业医师者**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

㈢毕业证原件及复印件1份;
㈣《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

㈤《医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件各1份；

㈥连续从事执业助理医师工作满两年以上的证明并加盖单位公章。

**三、中专学历已取得执业助理医师报考执业医师者**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

㈢毕业证原件及复印件1份;

㈣《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

㈤《医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件各1份；

㈥连续从事执业助理医师工作满五年以上的单位证明并加盖单位公章。

**四、大专、中专学历报考执业助理医师者**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

㈢毕业证原件及复印件1份;

㈣《试用期考核合格证明》1份;

㈤《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

㈥卫生保健、农村医学专业毕业生需提交乡医证原件及复印件各1份。

**五、研究生报考执业医师**

**㈠毕业当年报考的（仅限山东省省内院校，外省应届研究生不予受理报名申请）**

⑴《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

⑵有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

⑶学生证原件及复印件1份；

**⑷研究生院开具的临床实践训练经历满一年证明及个人承诺书1份（见本文附件，国家医学考试网下载无效）**。

**㈡已毕业报考的**

⑴《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

⑵有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

⑶毕业证、学位证原件及复印件 各1份；

⑷《试用期考核合格证明》1份。

**㈢长学制在学期间报考的**

⑴《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

⑵有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及复印件1份;

⑶本科毕业证原件、复印件各1份。

**⑷研究生院开具的临床实践训练经历满一年证明及个人承诺书1份（见本文附件，国家医学考试网下载无效）**；

⑸学生证原件及复印件1份。

**六、报考乡村全科助理医师者**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证)原件及复印件1份;

㈢毕业证原件及复印件1份;

㈣《试用期考核合格证明》1份(乡村两级医疗机构开具);

㈤《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

㈥卫生保健、农村医学专业毕业生需提交乡医证原件及复印件各1份。

**七、报考师承和确有专长助理医师**

㈠《医师资格考试网上报名成功通知单》1份;

㈡有效身份证明(包括身份证、临时身份证)原件及复印件1份;

㈢师承和确有专长证书原件及复印件1份(2018年8月25日前取得);

㈣《试用期考核合格证明》1份;

㈤《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) 1份；

附件2

**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3

**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4

**临床实践训练经历满一年证明**

**及个人承诺书**

本人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日毕业于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学校\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业。自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月起，在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位进行临床实践训练，至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月临床实践训练时间满一年。

本人承诺所获学位证书为专业学位，并将于今年8月23日前，将后续临床实践训练经历累计满一年的证明及硕（博）士毕业证书原件及复印件、学位证书原件及复印件（研究生毕业当年报名考生）交至考点办公室审核。如不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。

临床实践单位单位（章） 研究生院（章）

 　 年 月 　日

承诺人签字：

承诺人身份证号：

 手机号码：

注：此证明仅限报考国家医师资格考试用，请考生凭此证明和学生证原件及复印件参加报名。

附件5

医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格

申请审核表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 加试专业 |  | 所在科室 |  |
| 毕业专业 |  |
| 所在单位 |  |
| 所在单位审核意见科室负责人签字：经办人签字： 负责人签字： 日期： 盖章（单位公章）： |

注：1.负责人签字需由单位法人代表（院长）签字或盖名章；

1. 单位公章处需由单位盖章，单位部(科)室盖章无效。