**附件1**

**医师资格考试试用期考核证明**

**报名编号：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **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** | **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. 本表黑线上方由考生自己填写，黑线以下由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。****2.带教老师对考生从临床岗位胜任力、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“√”。****3.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。****4.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：（ ）**

**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** |  |
| **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** | **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.本表黑线上方由考生自己填写，黑线以下由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。****2.带教老师对考生从临床岗位胜任力、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“√”。****3.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。****4.本表栏目空间不够填写，可另附页。** |

2**019年报考乡村全科执业助理医师工作证明**

**南充市医师资格考试考点办公室：**

 **兹证明考生\_\_ \_\_\_\_ \_\_（身份证号码：\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_ ）已于2019年8月31日前进入本乡镇卫生院或本乡（镇）\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_村卫生站（室）工作。
 （本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）

                         卫生院法人代表签字：
                        （加盖医院行政公章）：
                        2019年   月   日**

**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31日前，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**

2019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： |