**附件：4**

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2019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：** | |
|  |  |  |  |  |  |  |