**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：** |
|   |   |   |   |   |   |   |