**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。 | | | | | | | | | | | |

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。 | | | | | | | | | |

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年报考乡村全科执业助理医师

工作证明

兹证明考生 ，身份证号码： ， 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（附乡村医生执业证书复印件）。  
（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

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： | |

四川省中等职业学校学生学历证明

证明编号: 市(州)  年第\_\_\_\_\_号

姓名: ，性别: ，身份证号码:

于 年 月至   年 月，在四川省 学校  专业学习，学制 年，修完教学计划规定的全部课程，成绩合格，取得毕业证书，证书编号:

以兹证明。

(盖章)  
\_\_\_年\_\_\_\_月 日

证明办理人:

联系电话: (办公室固定座机电话)