附件1

　　报名须知

　　一、网上报名时间:2020年1 月 9 日至 2020年 1 月 21 日24时。逾期不予补报。

　　二、考生网上报名前，须仔细阅读考生承诺相关条款，点击“同意”后，方可继续进行报名。

　　三、考生填写个人信息（包括姓名、身份证件类型、证件编码、毕业院校、学历、学制、专业、试用机构名称等，军队考生建议使用身份证报名）应真实、准确、有效，所填信息将用于医师资格考试和医师执业注册，请考生务必认真填写。

　　四、考生须妥善保管个人用户名及密码，因个人原因泄漏导致报名信息被修改的，由考生本人负责。如密码遗失，考生可通过邮箱找回密码。

　　五、其他报名要求：

　　（一）申请参加乡村全科执业助理医师考试的考生须符合乡村全科执业助理医师报考资格。

　　（二）申请参加短线医学专业加试的考生须符合临床类别执业医师报考资格，且在院前急救或儿科岗位工作或试用。

　　（三）单位隶属为军队、武警、公安且为现役军人的考生，须参加军事医学内容的加试。

　　六、网上报名成功后，考生须打印《医师资格考试网上报名成功通知单》，并在规定时间内到所在地考点进行现场资格审核。现场资格审核时间以所在地考点通知为准。

　　未在规定时间内进行现场资格审核、确认报名信息、缴纳考试费用的，报名无效。

　　七、考生持规定报名材料到所在地考点进行现场资格审核，审核通过考生须对现场打印的《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上个人信息认真逐字核对，一经签字确认不得更改。该信息将用于医师执业注册管理，由考生个人原因导致信息填报错误影响考试或医师执业注册的，后果自负。

　　八、提供虚假报名材料的考生，一经核实，将按照《医师资格考试违纪违规处理规定》有关规定处理。

　　九、所有参加现场审核人员均需佩戴口罩、检测体温。若有体温高于37.3℃，或者咳嗽等症状者，请到医院就诊。待体温正常、症状消退后，再另约时间现场审核。

　　十、如有其他疑问，请咨询考点办公室（咨询电话：3332702，3340928）。

　　附件2

　　现场资格审核考生需提交材料清单

　　一、《医师资格考试网上报名成功通知单》1份（考生网上报名成功后在网上打印）。

　　二、本人有效身份证明原件及复印件1份。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证。港澳台居民居住证或通行证（港澳台考生）、护照（外籍考生）。

　　三、毕业证书原件及复印件1份（专科及以上学历需要同时提供《教育部学历证电子注册备案表》或国家教育行政部门指定的高等教育学历认证机构出具的《中国高等教育学历认证报告》），学历查询码有效期至6月1日，《教育部学历证书电子注册备案表》需考点审核人员签字确认）。

　　非大陆学历考生还须提交教育部留学认证中心出具的《国外学历学位认证书》。

　　四、考生试用（或实习）机构出具的《医师资格考试试用期考核证明》1份。

　　港澳台和外籍考生还需提交《台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

　　五、执业助理医师申报执业医师考试的，须提交执业助理医师《医师资格证书》《医师执业证书》原件及复印件各1份，《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（如在执业注册过程中有变更记录，导致注册时间不满足报考年限的，须提供首次执业注册证明）1份。

　　六、考生所在单位《医疗机构执业许可证》正本复印件1份。

　　（以上六项资料按此顺序装订整齐，复印件要完整、清楚，提交的复印件，一律使用A4，其原件均由所在医疗机构及县（区）卫生健康局、考点核验，所有复印件均需加盖所在医疗机构公章）

　　七、应届毕业生还须填写《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》1份。

　　八、部队现役考生统一使用身份证报名，提供身份证复印件1份，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明1份。

　　九、短线加试考生还需提交《2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表》1份。

　　十、报考乡村全科执业助理医师资格必备材料如下：

　　（一）已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格的证明 (由所在乡镇卫生院或村卫生室出具A4纸张打印，需所在单位法人签字并加盖公章的“工作证明”) ；

　　（二）符合《医师资格考试报名资格规定（2014版）》（国卫医发〔2014〕11号）中报考临床类别或中医类别医师资格的学历要求；

　　（三）其余必备资料与其他考生报名要求一致。

　　十一、乡村全科执业助理医师报考执业医师的，需按报考助理时的学历类别报考相应类别的执业医师。

　　十二、报考中医类别传统医学师承或确有专长医师资格考试的，还须提交四川省中医药管理局办法的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》原件和复印件1份。

　　附件3

　　报名流程

　　医师资格考试报名包括网上报名和现场审核两个部分。为确保您报名成功，请务必仔细阅读以下报名流程并完成所有步骤。

　　第一阶段：网上报名

　　步骤1.考生登陆国家医学考试网（http://www.nmec.org.cn/），点击“网上报名”，进入报名系统。

　　步骤2. 报名前请先确认已注册，未注册考生点击“注册”按钮进行网上注册。注册成功后的用户名可用于国家医学考试中心开放的所有考试报名，还用于打印准考证和查询成绩等。

　　注册成功后，该用户名则不能更改，考生须牢记用户名和密码。报名过程中密码遗失的可通过邮箱方式找回。

　　步骤3. 用上一步骤中的用户名和密码登录报名系统完善“个人信息”中相关内容。

　　填写个人信息应真实、准确、有效，不得自行添加标点符号或空格，否则会导致报名失败；所填个人信息将用于医师资格考试和医师执业注册，请务必认真填写。

　　步骤4. 在“考试报名”中完成报名信息填写并提交。

　　步骤5. 报名成功后，打印《医师资格考试网上报名成功通知单》。

　　网报日期截止前，考生可使用该用户名及密码登录“国家医学考试服务平台”查询、修改报名信息。

　　如需修改报名信息，需在原报名信息处点击“重新报考”，信息重新填报并提交后，须重新打印《医师资格考试网上报名成功通知单》，原《医师资格考试网上报名成功通知单》无效。

　　第二阶段：现场审核

　　步骤1：考生持规定报名材料，到所在地考点进行现场审核，具体审核时间、地点及要求以考点公告为准。

　　步骤2：现场审核通过的考生，须按要求缴纳考试费用。并在现场打印的《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上签字确认，报名信息一经确认不得更改。

附件4

医师资格考试网上报名成功通知单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考区代码 | 考点代码 | 类别 | 加试科目 | 序列号 |
|   |   |   |   |   |
| 考区： | 考点： |   |   |
| 姓名： | 性别： |   |
| 证件类型： | 民族： |   |
| 证件编号： | 出生日期： |   |
| 国籍： | 学习形式： |
| 报考学历： | 学制： |
| 毕业学校： |
| 毕业专业： |
| 毕业年月： | 毕业证书编号： |
| 在岗情况： | 工作单位所在行政区域： |
| 工作单位名称： |
| 重要提示:1.请考生确认所持身份证件在考试期间有效。2.请考生认真填写邮箱信息，确保以后可以通过邮箱找回密码。3.资格审核前，因需要修改报名信息，修改后务必重新报名并打印此通知单。4.资格审核通过后，不能修改报名信息。 |

附件5

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6

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7

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。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，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，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

 年     月     日