附件1

2021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2021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： |

附件2

2021年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表

考点（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号  | 考点代码 | 姓名 | 身份证号  | 申报岗位  | 是否通过实践技能考试  | 是否签署考生承诺 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 经手人签字：

日 期：2021年 月 日

附件3

医师资格考试医学综合考试

贵州考区计算机化考试知情同意书

考生姓名： ，身份证号码： 。

本人已知悉2021年医师资格考试医学综合考试将使用计算机化考试的方式进行，了解并同意以下情况：

1. 自愿遵守计算机化考试相关的考试规定。
2. 因计算机化考试的特殊性，在考试过程中发生断电、断网或计算机故障等异常情况，导致考试延迟或无法正常进行时。自愿服从考点及考场考务人员的管理，按照国家医师资格考试计算机化考试异常情况处理规定的处置办法，待异常情况处理完毕后，继续完成考试。如发生异常情况时未服从考点和考场考务人员管理的，本人自愿承担所产生之后果。

考生签名：

 日期：