

附件：

医师资格考试试用期考核证明

报名编号：

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			
报考类别					
试用机构	名称				
	地址		邮 编		
	登记号				法定代表人
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	带 教 老 师 签 字
		合 格	不 合 格	医 师 执 业 证 书 号 码	
试 用 机 构 考 核 意 见	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. 本表黑线上方由考生自己填写，黑线以下由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。
 2. 带教老师对考生从临床岗位胜任力、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“√”。
 3. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。
 4. 本表栏目空间若不够填写，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			
工作机构	名 称				
	地 址		邮 编		
	登记号		法定代表人		
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	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. 本表黑线上方由考生自己填写，黑线以下由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。
 2. 带教老师对考生从临床岗位胜任力、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“√”。
 3. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。
 4. 本表栏目空间若不够填写，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

类别：

确认号：

2023 年医师执业资格考试 通化市考点考生信息表

姓名：	性别：
身份证号：	
档案邮寄地址：	
联系电话 1（必填）：	联系电话 2（必填）：

注：请考生用黑色中性笔或签字笔认真、清晰准确填写。

医师资格考试短线医学专业加试考试考生报名资格 复核表

考区		考点	
姓名		身份证号	
准考证号		毕业专业	
加试专业		所在科室	
所在单位			
<p>所在单位审核</p> <p>科室负责人签字:</p> <p>经办人签字: 负责人签字:</p> <p>日期: 盖章 (单位公章):</p>			
<p>考点审核</p> <p>经办人签字: 负责人签字:</p> <p>日期: 盖章 (单位公章):</p>			
<p>考区审核</p> <p>经办人签字: 负责人签字:</p> <p>日期: 盖章 (单位公章):</p>			

