**2024年度医师资格考试报名提交材料说明**

一、本科学历报考执业医师者上传材料

（一）有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）毕业证原件;

（三）《试用期考核证明》（报考当年开具有效并加盖单位公章）;

（四）《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章)；

（五）本科毕业生报名，如果本科学历为专升本的且为2015年9月1日以后升入本科的，则需上传专科毕业证书审核；

（六）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

二、大专学历已取得执业助理医师报考执业医师者上传材料

（一）有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）毕业证原件;

（三）《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章)；

（四）《医师资格证书》、《医师执业证书》原件；

（五）工作满两年的《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》并加盖单位公章；

（六）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

（七）在考核期内的考生，需上传已绑定的医师定期考核合格标贴。

三、中专学历已取得执业助理医师报考执业医师者上传材料

（一）有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）毕业证原件;

（三）《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章)；

（四）《医师资格证书》、《医师执业证书》原件；

（五）工作满五年的《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》并加盖单位公章；

（六）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

（七）在考核期内的考生，需上传已绑定的医师定期考核合格标贴。

四、大专、中专学历报考执业助理医师者上传材料

（一） 有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）毕业证原件;

（三）《试用期考核证明》（报考当年开具有效并加盖单位公章）;

（四）《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章);

（五）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

五、研究生报考执业医师上传材料

（一）毕业当年报考的（仅限山东省省内院校，外省应届研究生不予受理报名申请）。

1.有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

2.学生证原件;

3.研究生院开具的临床实践训练经历满一年证明及个人承诺书（见本文附件，国家医学考试网下载无效，盖章后上传）;

4.《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

（二）已毕业报考的

1.有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

2.毕业证、学位证原件;

3.《试用期考核证明》（报考当年开具有效并加盖单位公章）；

4.《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章);

5.《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

（三）长学制在学期间报考的

1.有效身份证明(包括身份证、临时身份证、军官证、文职干部证)原件及本人手持身份证明正面照片;

2.本科毕业证原件;

3.研究生院开具的临床实践训练经历满一年证明及个人承诺书1份（见本文附件，国家医学考试网下载无效，盖章后上传）;

4.学生证原件;

5.《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

六、报考乡村全科助理医师者上传材料

（一）有效身份证明(包括身份证、临时身份证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）毕业证原件;

（三）《试用期考核证明》(乡村两级医疗机构开具并加盖单位公章，报考当年开具有效);

（四）《医疗机构执业许可证》副本复印件(加盖单位公章) ;

（五）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

七、报考师承和确有专长助理医师上传材料

（一）有效身份证明(包括身份证、临时身份证)原件及本人手持身份证明正面照片;

（二）师承和确有专长证书原件;

（三）《试用期考核合格证明》（报考当年开具有效并加盖单位公章）；

（四）《医疗机构执业许可证》副本或备案证复印件(加盖单位公章)；

（五）《报考医师资格考试承诺书》本人签字后拍照上传。

去年在山东考区审核通过的历史考生，今年再次报考仍需在网报系统内下载填写并重新上传本说明要求的报考材料。材料具体上传方式详见《在线审核系统考生材料上传指南》（附件2）。

临床实践训练经历满一年证明

及个人承诺书

本人于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日毕业于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_学校\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业。自\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月起，在\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_单位进行临床实践训练，至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月临床实践训练时间满一年。

本人承诺所获学位证书为专业学位，并将于今年8月21日前，将后续临床实践训练经历累计满一年的证明及硕（博）士毕业证书原件及复印件、学位证书原件及复印件（研究生毕业当年报名考生）交至考点办公室审核。如不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。

临床实践单位单位（章） 研究生院（章）

　 年 月 　日

承诺人签字：

承诺人身份证号：

手机号码：

注：此证明仅限报考国家医师资格考试用，请考生凭此证明和学生证原件及复印件参加报名。

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。 | | | | | | | | | |

医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格

申请审核表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 加试专业 |  | 所在科室 |  |
| 毕业专业 |  | | |
| 所在单位 |  | | |
| 所在单位审核意见  （需如实写明考生在医院哪个科室哪个岗位）  科室负责人签字：  经办人签字：  负责人签字：  日期： 盖章（单位公章）： | | | |

注：1.负责人签字需由单位法人代表（院长）签字或盖名章；2.单位公章处需由单位盖章，单位部(科)室盖章无效。

报考医师资格考试承诺书

本人承诺填报的信息和提供的所有证件及证明材料真实、有效，提供的证件、证明材料如有虚假，自愿承担一切责任，并接受相关单位的处理结果；如因本人填报的信息（姓名、身份证号码、报考类别、毕业证件号码、毕业学校、助理医师资格证号码、助理医师执业证号码、助理医师执业证注册时间等）错误，造成审核不通过时，本人自愿承担一切后果。

承诺人签字：

承诺人身份证号：

手机号码：