附件3

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4

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5

**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：

附件6

**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。

附件7

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。