报考试点乡村全科执业助理医师知情同意书(2017年版)

本人已认真阅读了《关于开展2017年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》(粤医考办[2017]4号)文件,并已了解以下情况：

一、乡村全科执业助理医师资格考试条件、考试安排和管理政策。

二、当年不能同时报考全国医师资格考试其他类别考试。

三、乡村全科执业助理医师执业地点限定为该乡镇卫生院或村卫生室。

四、文件中的其他内容。

本人将严格遵守文件相关规定，如有违反，本人愿意承担相应的责任并接受相应处理，欢迎社会各界人士监督。

 考生手写签名：

 日期：

所在地卫生计生局、乡镇卫生院或村卫生室盖章确认已履行告知义务，并承诺该考生符合《关于开展2017年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》(粤医考办[2017]4号)规定的报名条件。

所在乡镇卫生院（盖章） 所在地卫生计生局（盖章）

法定代表人签名： 负责人签名：

日期： 日期：

本知情同意书一式叁份，一份报名使用，一份所在乡镇卫生院或村卫生室保管，一份当地卫生计生局存档。