附件7

2017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2017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： | |