**营口考点2018年医师资格考试**

**报名现场审核须知**

一、考生现场审核前，应仔细阅读本须知，按要求认真准备相关材料，保证提交材料内容真实、完整、准确，按须知规定的具体时间、地点进行现场报名，完成资格审核等。

二、医师资格考试相关通知我考点均将在营口卫生计生委网站公布，不再另行通知，请考生随时关注国家医学考试网及营口市卫生计生委网站信息。

**三、现场审核时间：**

2018年1月22日—1月29日（工作日工作时间受理，节假日不受理现场审核）

**四、现场审核地点：**

考生请到工作（试用）单位所在地县区卫生计生局报名，营口市卫生计生委不受理考生个人报名。（例：考生在大石桥\*\*门诊部、\*\*医院工作，需到大石桥市卫生计生局报名；营口市中心医院考生到西市区卫生计生局报名）。

 各县（市）区卫生局具体报名地址及联系电话：

（一）站前区卫生计生局：2923613 营口新东风医院对面站前区政府2号楼613室。

（二）西市区卫生计生局：4880202 西市区政府202室。

（三）老边区卫生计生局：3866787 老边区卫生计生局医政科。

（四）开发区卫生计生局：6167627、6249092 鲅鱼圈区市民服务中心三楼141号卫生局窗口。

（五）大石桥市卫生计生局：5627080 大石桥市卫生计生局医政科（六楼会议室）。

（六）盖州市卫生计生局：7814956 盖州市卫生计生局医政科。

**五、考生现场报名需提交材料**

**（所有材料的复印件必须用A4纸，模糊不清视为无效，考生自备档案袋）。各县区卫生计生局按照以下顺序装订：**

**1、《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》两份和《医师资格考试网上报名成功通知单》一份**

考生网上报名完成后自行打印，各单位要逐项核对报名表上的信息是否正确，及时纠正修改，确保不出差错。报名表上需要本人签字的栏目内必须签字并填写签字日期，报名表上的照片与本人身份证上的照片明显不符或照片背景非白色的，需重新上传照片。

**2、身份证原件及复印件一份**

身份证必须在有效期内(原件由考点核验后返还考生)。

**军队考生的认定：**解放军、武警、公安部所属边防、消防为现役人员，需提交身份证、军官证（文职干部证）、士兵证（一级士官、二级士官等）和学员证。

**3、毕业证书原件及复印件一份**

不论往年是否报过名，均须提供毕业证书原件。毕业证书上的姓名必须与身份证上的姓名完全一致，否则户口本上标注有曾用名的可以提供户口本原件及复印件或者由学校出具证明。

毕业证书丢失的由考生本人书写丢失情况说明，单位加盖公章。毕业学校出具学历证明，同时提供学信网证明，必要时请提供学生档案。

传统医学师承及传统医学确有专长人员提供《辽宁省传统医学师承出师证书》或《辽宁省传统医学确有专长证书》及复印件。

**4、带二维码的《教育部学历证书电子注册备案表》**

考生自行到学信网下载并打印，有效期需要考生延长至6月1日以后。以下考生必须提供《教育部学历证书电子注册备案表》：应届毕业生和往届生（1991年以后取得各类国家承认高等教育学历的），包括研究生、普通本专科、成人本专科、网络教育、自学考试、学历文凭考试等。

不能提供电子注册备案表的1991年以前毕业的本科和大专考生以及中专考生需要省高中等学历认证中心出具学历证明（往年医师资格考试的成绩单或学籍档案只能作为辅助证明）,国外学历需提交教育部留学服务中心提供的学历学位认证书和外国学校或外国政府出具的该专业可以在该国报考医师资格的证明（需公证）（传统医学师承及传统医学确有专长人员不需提供）。

**5、《考生身份学历保证书》一份（见附件1）**

**6、《医师资格考试考生承诺书》一份（见附件2）**

**7、《试用期考核合格证明》一份（助理考执业的不用提交此材料）（见附件3）**

1）应与报考类别相一致的试用期满1年并考核合格的证明。

试用时间填写2017年1月1日至2018年8月24日之间，必须满一年，具体日期各单位根据考生实际情况填写。

 2017年毕业的考生《试用期考核合格证明》需要填写两张，一张试用起止时间从试用之日起至2018年3月1日，另一张从2018年3月1日至2018年8月24日，两张日期累计也须满一年。

2）现役军人必须持所在军队医疗、预防、保健机构出具的试用期考核合格证明，并另外提交团级以上卫生部门的审核证明。

3）试用期考核证明当年有效，不许缺项、涂改，签字之处不许他人代签，公章必须是单位公章（人事科、医务科、财务科盖章均无效）。

4）在多家机构试用的，应当出具各试用机构的试用期考核证明，时间累计满一年。

**8、《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》一份（见附件5）**

仅限于2017年毕业的考生填写。

**9、《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》一份（见附件6）**

仅限于助理医师报考医师的考生填写。

工作起止时间从《医师执业证书》上的首次注册时间至2018年8月24日之前，注意大专考生至少要满2年，中专考生满5年，时间精确计算到“日”。

此类考生还需提供《医师资格证书》、《医师执业证书》的原件及复印件一份，考生报考单位必须是《医师执业证书》上所注册的单位。（如在执业注册过程中有变更记录，导致末次注册时间不满足报考年限的，须提供首次执业注册证明或有首次注册记录的执业证书原件）。

**10、《医疗机构执业许可证》副本复印件，副本上没有的诊疗科目不允许报考相关专业（中医类别的中医与中西医结合科目视为一类，可通用）。副本复印件每人一份。**

中医出师考核人员、确有专长人员与应届毕业生一样

**六、注意事项**

(一) 网报成功后，考生须持报名材料并在规定的时间内到工作（试用）单位所在地县区卫生计生局进行现场报名并提交报名材料，否则网上报名无效。

(二)在2016年、2017年考试中违纪的考生（两年禁考的），今年不允许报考。

(三)考生报名时所填写的相关表格可登陆“营口市卫生计生委网站”（www.ykwjw.gov.cn）下载。

(四) 对考试报名系统中尚未收录的工作单位和毕业学校，考生可登陆国家医学考试网在线申报系统，按系统提示进行确认、填写有关信息，并根据要求上传扫描材料（www.nmec.org.cn）。

（五）研究生学历注意事项

1. 临床医学（含中医、中西医结合）、口腔医学、公共卫生专业学位研究生，在符合条件的医疗、预防、保健机构进行临床实践或公共卫生实践，至当次医学综合笔试时累计实践时间满1年的，以符合条件的本科学历和专业，于在学期间报考相应类别医师资格。中医学（中西医结合方向）长学制，只能报考中西医结合执业医师

临床医学、口腔医学、中医学、中西医结合临床医学、眼视光医学、预防医学长学制学生在学期间已完成1年临床或公共卫生毕业实习和1年以上临床或公共卫生实践的，以本科学历报考相应类别医师资格。

2. 临床医学（含中医、中西医结合）、口腔医学、公共卫生专业学位研究生学历，作为报考相应类别医师资格的学历依据。

在研究生毕业当年以研究生学历报考者，须在当年8月24日前提交研究生毕业证书，并提供学位证书等材料，证明是专业学位研究生学历，方可参加医学综合笔试。

 3. 2014年12月31日以前入学的临床医学、口腔医学、中医学、中西医结合、民族医学、公共卫生与预防医学专业的学术学位（原“科学学位”）研究生，具有相当于大学本科1年的临床或公共卫生毕业实习和1年以上的临床或公共卫生实践的，该研究生学历和学科作为报考相应类别医师资格的依据。在研究生毕业当年报考者，须在当年8月25日前提交研究生毕业证书，方可参加医学综合笔试。

 2015年1月1日以后入学的学术学位研究生，其研究生学历不作为报考各类别医师资格的学历依据。

4. 临床医学（护理学）学术学位研究生学历，或临床医学（护理领域）专业学位研究生学历，不作为报考各类别医师资格的学历依据。

5. 中医出师考核人员、确有专长人员与应届毕业生一样需提供满一年的试用期考核证明

附件：1.考生身份学历保证书

2.医师资格考试考生承诺书

3.医师资格考试试用期考核证明

4.临床实践考核合格证明（仅规培人员填写）

5.应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

6.执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

 医师资格考试营口考点办公室

 2018年1月16日

附件1

考生身份、学历保证书

我以单位法人代表的身份证明， 医生确是我单位在岗职工，我单位同意其报考 年医师资格考试，同时保证其所提供的学历证明真实、有效。以上保证及证明如有虚假，我本人承担一切责任。

考生单位（盖章）： 法人代表（签字）：

年 月 日

附件2

**医师资格考试考生承诺书**

我是报考参加 年医师资格考试的考生，我已阅读并知悉了《医师资格考试考试规则》、[《医师资格考试违纪违规处理规定》](http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohyzs/s3581/200806/36223.htm)、《医师资格考试医学综合笔试的分数公布》等医师资格考试相关文件和规定。经认真考虑，郑重承诺以下事项：

　　一、保证报名时按要求提交的个人报名信息和证件真实、完整、准确。

　　二、自觉服从考试组织管理部门的统一安排，接受监考人员的检查、监督和管理。

　　三、保证在考试过程中遵纪守法、诚实守信。

　　如违反上述承诺，自愿按相关规定接受处罚，并愿意承担由此而造成的一切后果。

　是否同意以上承诺？

 是 否

 考生签字：

附件3

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 | 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.本表栏目空间不够填写，可另附页。 |

附件4

临床实践合格证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |  | 医学学历 |  | 专业 |  |
| 身份证号 码 |  |
| 申请级别 |  | 申请类别 |  |
| 单位人社会人（填报） | 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | 住培专业 |  |
| 研究生（填报） | 在读院校 |  | 入学时间 |  |
| 在读专业 |  | 住培专业 |  |
| 培训基地（医院）机构名称、登记号 |  |
| 培训时间（年、月、日） |  |
| 住培基地考核意见 | 负责人（签字） 公章 年 月 日 |
| 在读院校考核意见（研究生填写） | 院校负责人（签字） 公章 年 月 日 |
| 所在单位考核意见（单位人填写） | 负责人（签字） 公章 年 月 日 |

**《临床实践合格证明》填写说明**

1.《临床实践合格证明》仅作为辽宁省住院医师规范化培训在培学员报考执业医师资格考试临床实践满一年并考核合格的证明。

2.培训基地出具的《临床实践合格证明》只在报考当年有效，不得用于下次报考。

3.住培学员（单位人、社会人）应按照本人取得学历的医学专业和与之相一致的培训专业《临床实践合格证明》报考相应类别的医师资格。中医、中西医结合专业毕业的学员，按照取得学历的医学专业报考中医类别相应的医师资格。

专业学位研究生应按照本人在读医学专业和与之相一致的培训专业《临床实践合格证明》报考相应类别的医师资格。

4.“申请级别、申请类别”为报考级别（执业、助理）、类别（临床、口腔、中医、中西医结合、民族医）

5.“医学学历、专业”为已取得的最高医学学历及专业。

6.“培训基地（医院）机构名称、登记号”请按培训基地所在医疗机构《医疗机构执业许可证（副本）》填写，不允许过期。

 7. “培训时间（年、月、日）”请如实填写，精确到日，不允许涂改，必须满一年（满1年是指当次医学综合笔试上一年1月1日至当次医学综合笔试，在培训基地的累计培训时间满1年。考生报名后未按期完成住院医师规范化培训的，取消报考资格）。

8. “住培基地考核意见”此处由培训基地（医院）填写，基地负责人签字并加盖机构公章，所盖公章须与机构名称一致。

9. “在读院校考核意见”（考生来源为研究生填写）此处由研究生在读院校填写，院校负责人签字并加盖公章，所盖公章须与院校名称一致。

10.“所在单位考核意见”（考生来源为单位人填写）此处由考生工作单位填写，单位负责人签字并加盖机构公章，所盖公章须与机构名称一致。

附件5

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24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

附件6

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 | 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.本表栏目空间不够填写，可另附页。 |