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 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 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.本表栏目空间若不够填写，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 | | |  | | | | |
| 工作机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 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.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

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7月31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

**医师资格考试考生承诺书**

我是报考参加2019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

承诺人(签字)： 电话：

年 月 日

2019年应届毕业研究生报考承诺书

本人自愿参加2019年度医师资格考试，特郑重承诺如下：

一、本人于 年考取 学校 专业(硕士、博士) 研究生，拟于2019年毕业。本人承诺，以上信息如有虚假，视为假报学历参加医师资格考试。

二、本人熟读并充分理解以下内容：根据《医师资格考试暂行办法》(卫生部部长令〔1999〕第4号)规定，对于假报学历参加医师资格考试者，给予通报批评，取消考试资格。

三、本人凭（硕士、博士）研究生毕业证、学位证原件，领取综合笔试准考证及《医师资格证书》。

以上承诺真实有效，为本人真实意愿。

承诺人(签字)： 年 月 日

考 点(盖章)： 年 月 日

考生身份、学历情况证明保证书

我以单位法人代表的身份证明： 医生确是我单位在岗职工，保证其所提供的身份和学历证书真实、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）：

2019年2月 日

2019年医师资格考试考生加试在岗证明

兹证明\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系我单位考生，自愿参加2019年度医师资格考试，加试\_\_\_\_\_\_\_\_专业的考试。

该考生在我院\_\_\_\_\_\_\_\_科室工作，自\_\_\_\_年\_\_月\_\_日起至今，已满\_\_\_\_年。

特此证明！

（此证明仅用于2019年医师资格考试报名加试用）

医疗机构： （公章）

证明日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日