**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 |

**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8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

2018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2018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： |

**医师资格考试考生临床实习证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 所学专业 |  |
| 取得学历年 月 |  | 有效身份证件号码 |  |
| 所在学校 | 名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 实习起止时 间 | 1、本科阶段（ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 |
| 2、研究生阶段（ ）年（ ）月至（ ）年（ ）月 |
| 本科阶段 | 专业： 学历学位：  |
| 研究生实习阶段主要轮转科室 | 实习科室及实习时间 | 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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 导师意见 | 以上实习情况真实可信。 导师签字： 导师执业证书号码： 年 月 日 |
| 实习单位考核意见 | 合格 （ ） 不合格（ ） 法定代表人签字：单位公章 年 月 日 |

**未取得学位证书证明（往届毕业生）**

医师资格考试考点办公室：

兹证明 （身份证号 ），性别 ，于 年 月毕业于我校

专业，因故未取得学位证书。该学生毕业专业的学位类别应为□医学/□其他学位；□专业学位/□科学学位（研究生学历考生需打钩）。

特此证明。

经办人：

经办人联系电话：

单位（公章）：

 年 月 日

**执业医师资格考试应届毕业学历、学位证明**

医师资格考试考点办公室：

兹证明 （身份证号 ），性别 ，系我校 级在校硕士/博士研究生， 专业（专业方向），学制 年，将于 年 月在我校应届毕业，学位类别为□医学/□其他学位；□专业学位/□科学学位。

特此证明。

经办人：

经办人联系电话：

单位（公章）：

 年 月 日