附件1

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。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，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，并接受取消当年医师资格考试资格的处理。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

 2019年   月   日

附件2

2019年度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2019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： | |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件3

2019年度医师资格考试短线医学专业

加试考生信息汇总表

**考点（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考点**  **代码** | **姓名** | **身份证号** | **申报岗位** | **是否签署**  **考生承诺** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

经手人签字：

       日期：2019年  月  日

**附件4**

2018年医师资格考试报名点考生信息汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 报考类别 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 工作单位 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |