附件1

报名须知

一、网上报名时间:2019年1月17日至2019年 1 月28日。逾期不予补报。

二、考生网上报名前，须仔细阅读考生承诺相关条款，点击“同意”后，方可继续进行报名。

三、考生填写个人信息（包括姓名、身份证件类型、证件编码、毕业院校、学历、学制、专业、试用机构名称等，军队考生建议使用身份证报名）应真实、准确、有效，所填信息将用于医师资格考试和医师执业注册，请考生务必认真填写。

四、考生须妥善保管个人用户名及密码，因个人原因泄漏导致报名信息被修改的，由考生本人负责。如密码遗失，考生可通过邮箱找回密码。

五、其他报名要求：

（一）申请参加乡村全科执业助理医师考试的考生须符合乡村全科执业助理医师报考资格且报考地所在考区为当年参加乡村全科执业助理医师考试的试点考区。

（二）申请参加短线医学专业加试的考生须符合临床类别执业医师报考资格且在院前急救或儿科岗位工作或试用。

（三）单位隶属为军队、武警、公安且为现役军人的考生，须参加军事医学内容的加试。

（四）香港非大陆学历考生现场审核地点为深圳考点；澳门非大陆学历考生现场审核地点为珠海考点；台湾非大陆学历考生可自愿就近选择考点进行现场审核。

六、网上报名成功后，考生须打印《医师资格考试网上报名成功通知单》（附1），并在规定时间内到所在地考点进行现场资格审核。现场资格审核时间以所在地考点通知为准。

未在规定时间内进行现场资格审核、确认报名信息、缴纳考试费用的，报名无效。

七、现场资格审核考生需提交以下材料：

（一）《医师资格考试网上报名成功通知单》。

（二）本人有效身份证明原件及复印件。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证、军官证、警官证、文职干部、士兵证、军队学员证；台港澳居民往来大陆通行证和身份证（台、港、澳考生）、护照（外籍考生）。

（三）毕业证书原件及复印件，非大陆学历考生还须提交教育部留学认证中心出具的《国外学历学位认证书》。

（四）考生试用（或实习）机构出具的《医师资格考试试用期考核证明》（附2）或《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（附3），港澳台和外籍考生还须提交《台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表》（附4）或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》（附5）。

（五）执业助理医师申报执业医师考试的，还须提交执业助理医师《医师资格证书》、《医师执业证书》原件及复印件，《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（如在执业注册过程中有变更记录，导致注册时间不满足报考年限的，须提供首次执业注册证明）。

（六）工作单位是医疗机构的，还须提交该机构《医疗机构执业许可证》副本复印件。

（七）报考传统医学师承或确有专长类别医师资格考试的，还须提交《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

（八）应届毕业生还须填写《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》（附6）。

（九）部队现役考生须提供军队相关身份证明原件及复印件，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

（十）考生近期（6个月内）小2寸白底证件照，文件小于40kb ，格式jpg。

（十一）考区、考点规定的其他报名材料。

八、考生持规定报名材料到所在地考点进行现场资格审核，审核通过考生须对《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上个人信息认真逐字核对，**一经签字确认不得更改**。该信息将用于医师执业注册管理，**由考生个人原因导致信息填报错误影响考试或医师执业注册的，后果自负**。

九、提供虚假报名材料的考生，一经核实，将按照[《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)有关规定处理。

十、如有其他疑问，请咨询所在地考点。

附1

http://wsjsw.xiangtan.gov.cn/uploadfile/2753317c-c7ac-4498-9b4d-60f350765764/20190121164159411002.png医师资格考试网上报名成功通知单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 考区代码 | 考点代码 | 类别 | 加试科目 | 序列号 |
|  |  |  |  |  |
| 考区： | | 考点： | |  |
| 姓名： | | 性别： | |
| 证件类型： | | 民族： | |
| 证件编号： | | 出生日期： | |
| 国籍： | | 学习形式： | |
| 报考学历： | | 学制： | |
| 毕业学校： | | | |
| 毕业专业： | | | |
| 毕业年月： | | 毕业证书编号： | | |
| 在岗情况： | | 工作单位所在行政区域： | | |
| 工作单位名称： | | | | |
| **重要提示:**  **1.请考生确认所持身份证件在考试期间有效。**  **2.请考生认真填写邮箱信息，确保以后可以通过邮箱找回密码。**  **3.资格审核前，因需要修改报名信息，修改后务必重新报名并打印此通知单。**  **4.资格审核通过后，不能修改报名信息。** | | | | |

附2

医师资格考试试用期考核证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | 证  件  有效期 |  | |
| 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 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。    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.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附3

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 | | |  | | 证  件  有效期 |  |
| 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 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。    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.带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。  2.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  3.本表栏目空间不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | |

附4

**台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／Printed by the Ministry of Health of PRC              WS101

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No: | | 接受院校／Host Institution: | | | | | | |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：  Name: | | | | Family／Last name                    First name  Middle name | | | |
| 地区／Region: | | | 有效身份证件名称和号码／ID No: | | | | |
| 性别／Sex:  male [  ]   female [   ] | | | | | 出生日期：       年   月   日  Date of Birth:      y.    m.   d. | | |
| 学历／Academic Degree Obtained: | | | | | | 专业／Specialty: | |
| 毕业学校／School of Graduation: | | | | | | | |
| 入学时间／Date of Entry: | | | | | | 毕业时间／Date of Graduation: | |
| 毕业证书编码／Certification No: | | | | | | | |
| 通讯地址／Address: | | | | | | | |
| 联系电话／Tel: | | | | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: | | | | | | | |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: | | | | | | | |
| 申请实习期限：自    年   月至    年   月  Duration: From        y.   m. to     y.   m. | | | | | | | |
| 接 受 院 校  签 字 盖 章 | | | Authorized by:  (印章/Seal)  年  月  日 | | | | | 申请人签字：  Signature of Applicant:    年 月 日  y.   m.  d. |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 | | | 年  月  日 | | | | | |
| 备 注 | | | 1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。  2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。  Note:  1.This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors.  2.Please present this form to apply for entry visa at local Police Office. | | | | | |

共三联，第一联：寄台湾、香港、澳门实习人员

**台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／Printed by the Ministry of Health of PRC              WS101

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No: | | 接受院校／Host Institution: | | | | | |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：  Name: | | | | Family／Last name                    First name  Middle name | | |
| 地区／Region: | | | 有效身份证件名称和号码／ID No: | | | |
| 性别／Sex:  male [  ]   female [   ] | | | | | 出生日期：       年   月   日  Date of Birth:      y.    m.   d. | |
| 学历／Academic Degree Obtained: | | | | | | 专业／Specialty: |
| 毕业学校／School of Graduation: | | | | | | |
| 入学时间／Date of Entry: | | | | | | 毕业时间／Date of Graduation: |
| 毕业证书编码／Certification No: | | | | | | |
| 通讯地址／Address: | | | | | | |
| 联系电话／Tel: | | | | | | E-mail: |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: | | | | | | |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: | | | | | | |
| 申请实习期限：自    年   月至    年   月  Duration: From        y.   m. to     y.   m. | | | | | | |
| 接 受 院 校  签 字 盖 章 | | | 年  月  日 | | | | |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 | | | 年  月  日 | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | |

共三联，第二联：省级卫生／中医药行政主管部门留存

**台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制／Printed by the Ministry of Health of PRC              WS101

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No: | | 接受院校／Host Institution: | | | | |
| 由接受实习人员院校填写 | 姓名：  Name: | | | Family／Last name                    First name  Middle name | | |
| 地区／Region: | | | 有效身份证件名称和号码／ID No: | | |
| 性别／Sex:  male [  ]   female [   ] | | | | 出生日期：       年   月   日  Date of Birth:      y.    m.   d. | |
| 学历／Academic Degree Obtained: | | | | | 专业／Specialty: |
| 毕业学校／School of Graduation: | | | | | |
| 入学时间／Date of Entry: | | | | | 毕业时间／Date of Graduation: |
| 毕业证书编码／Certification No: | | | | | |
| 通讯地址／Address: | | | | | |
| 联系电话／Tel: | | | | | E-mail: |
| 申请实习机构名称／Institute of Internship: | | | | | |
| 申请实习岗位类别／Category of Internship: | | | | | |
| 申请实习期限：自    年   月至    年   月  Duration: From        y.   m. to     y.   m. | | | | | |
| 接 受 院 校  签 字 盖 章 | | | 年  月  日 | | | |
| 省级卫生／中医药行政主管部门签字盖章 | | | 年  月  日 | | | |
| 备 注 | | |  | | | |

 共三联，第三联：公安出入境管理部门留存

http://wsjsw.xiangtan.gov.cn/uploadfile/2753317c-c7ac-4498-9b4d-60f350765764/20190121164159314003.png**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC                           WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No： | | 接受院校/Host Institution: | | | |
| 由  接  受  实  习  人  员  院  校  填  写 | 姓名: Name: | | Family/Last name                First name Middle name | | |
|
| 地区/Region: | | 有效身份证件名称和号码/ID No: | | |
|
| 性别/sex: male[  ]           female[  ] | | | 出生日期:              年        月        日  Date of Birth:            y.        m.        d. | |
|
| 学历/Academic Degree Obtained: | | | | 专业/Specialty: |
|
| 毕业学校/School of Graduation: | | | | |
| 入学时间/Date of Entry: | | | 毕业时间/Date of Graduation: | |
|
| 毕业证书编码/Certification No: | | | | |
| 通讯地址/Address: | | | | |
| 联系电话/Tel: | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: | | | | |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: | | | | |
| 申请实习期限:自      年     月至      年     月 Duration: From       y.     m.to      y.     m. | | | | |
|
| 接 收 院 校 签 字 盖 章 | | Authorized by:               (印章/Seal)                    年     月     日 | | | 申请人签字: Signature of Applicant:                            年     月     日                                                              y.      m.     d. |
|
|
|
|
|
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | | 年       月       日 | | | |
|
|
|
| 备  注 | | 1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。 Note: 1、This form is for persons coming from  Tai Wan，Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of  Doctors. 2、Please present this form  to apply for entry visa at local Police Office. | | | |
|
|
|
|
|

                                           共三联，第一联：寄外籍来华实习人员

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC                           WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No： | | 接受院校/Host Institution: | | | |
| 由  接  受  实  习  人  员  院  校  填  写 | 姓名: Name: | | Family/Last name                First name Middle name | | |
|
| 地区/Region: | | 有效身份证件名称和号码/ID No: | | |
|
| 性别/sex: male[  ]           female[  ] | | | 出生日期:              年        月        日  Date of Birth:            y.        m.        d. | |
|
| 学历/Academic Degree Obtained: | | | | 专业/Specialty: |
|
| 毕业学校/School of Graduation: | | | | |
| 入学时间/Date of Entry: | | | 毕业时间/Date of Graduation: | |
|
| 毕业证书编码/Certification No: | | | | |
| 通讯地址/Address: | | | | |
| 联系电话/Tel: | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: | | | | |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: | | | | |
| 申请实习期限:自      年     月至      年     月 Duration: From       y.     m.to      y.     m. | | | | |
|
| 接 收 院 校 签 字 盖 章 | | Authorized by:               (印章/Seal)                    年     月     日 | | | 申请人签字: Signature of Applicant:                            年     月     日                                                              y.      m.     d. |
|
|
|
|
|
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | | 年       月       日 | | | |
|
|
|
| 备  注 | |  | | | |
|
|
|
|
|

                                   共三联，第二联：省级卫生/中医药行政主管部门留存

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC                           WS102

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No： | | 接受院校/Host Institution: | | | |
| 由  接  受  实  习  人  员  院  校  填  写 | 姓名: Name: | | Family/Last name                First name Middle name | | |
|
| 地区/Region: | | 有效身份证件名称和号码/ID No: | | |
|
| 性别/sex: male[  ]           female[  ] | | | 出生日期:              年        月        日  Date of Birth:            y.        m.        d. | |
|
| 学历/Academic Degree Obtained: | | | | 专业/Specialty: |
|
| 毕业学校/School of Graduation: | | | | |
| 入学时间/Date of Entry: | | | 毕业时间/Date of Graduation: | |
|
| 毕业证书编码/Certification No: | | | | |
| 通讯地址/Address: | | | | |
| 联系电话/Tel: | | | E-mail: | |
| 申请实习机构名称/Institute of Internship: | | | | |
| 申请实习岗位类别/Category of Internship: | | | | |
| 申请实习期限:自      年     月至      年     月 Duration: From       y.     m.to      y.     m. | | | | |
|
| 接 收 院 校 签 字 盖 章 | | Authorized by:               (印章/Seal)                           年     月     日 | | | 申请人签字: Signature of Applicant:                         年     月     日                                                              y.      m.     d. |
|
|
|
|
|
| 省级卫生 / 中医药行政主管部门签字盖章 | | 年       月       日 | | | |
|
|
|
| 备  注 | |  | | | |
|
|
|
|
|

                                     共三联，第三联：公安出入境管理部门留存

附6

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:

 年     月     日