**附件**

2019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：  |