附表1

**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。 |

附表2

**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。 |

附表3

**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

**考生网上缴费告知确认单**

本人确知首次网上缴费截至时间为2017年3月15日，逾期不缴费的，视为报名无效。

**提示：现场确认后请于3月15日前网上缴纳技能考试费用；技能考试通过后请于7月30日前网上缴纳笔试考试费用。逾期不缴费的，视为报名无效。**

考生签字：

 **考生网上缴费告知确认单**

本人确知首次网上缴费截至时间为2017年3月15日，逾期不缴费的，视为报名无效。

**提示：现场确认后请于3月15日前网上缴纳技能考试费用；技能考试通过后请于7月30日前网上缴纳笔试考试费用。逾期不缴费的，视为报名无效。**

考生签字：