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 | | 师承或确有专长助理医师 | | | | | | | | |
| 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

**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

附表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 | | |  | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |