　附件7

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： | |
|  |  |  |  |  |  |  |