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： |
|   |   |   |   |   |   |   |