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： | |

附件2

2019年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表

**考区（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考点**  **代码** | **姓名** | **身份证号** | **申报岗位** | **是否通过实践技能考试** | **是否签署**  **考生承诺** |
| 1 |  |  |  |  |  | 是 |
| 2 |  |  |  |  |  | 是 |
| 3 |  |  |  |  |  | 是 |
| 4 |  |  |  |  |  | 是 |
| 5 |  |  |  |  |  | 是 |
| 6 |  |  |  |  |  | 是 |
| 7 |  |  |  |  |  | 是 |
| 8 |  |  |  |  |  | 是 |
| 9 |  |  |  |  |  | 是 |
| 10 |  |  |  |  |  | 是 |
| 11 |  |  |  |  |  | 是 |
| 12 |  |  |  |  |  | 是 |
| 13 |  |  |  |  |  | 是 |
| 14 |  |  |  |  |  | 是 |
| 15 |  |  |  |  |  | 是 |
| 16 |  |  |  |  |  | 是 |

**经手人签字：**

**日 期：2019年月日**