阳卫医政函〔2019〕11号

阳泉市卫生和计划生育委员会

关于2019年国家医师资格考试工作

有关安排的通知

各县（区）卫计局、市直各医疗卫生单位：

根据山西省卫生健康委考试中心安排，为切实加强考试考务工作，顺利完成我市2019年医师资格考试考务工作，现将有关事宜通知如下：

**一、时间安排**

根据《医师资格考试暂行办法》（卫生部令第4号）规定和国家卫生和计划生育委员会医师资格考试委员会公告，全国医师资格考试时间安排：

（一）网上报名时间自公告发布之日起至2019年1月28日24时。

（二）现场审核时间为2019年2月15日至2019年2月26日

（三）实践技能考试时间：2019年6月15日至2019年6月21日。

（四）医学综合笔试考试时间（全国统一考试时间为）：

　 1、纸笔考试。
　　中医类别执业助理医师、乡村全科执业助理医师资格考试：2019年8月24日上午9:00-11:30，下午14:00-16:30。
　　临床类别执业医师、中医类别执业医师资格考试：2019年8月24日和25日上午9:00-11:30，下午14:00-16:30。
　　军事医学执业助理医师加试：2019年8月23日17:00-17:30。
　　军事医学执业医师加试：2019年8月23日17:00-18:00。
　　院前急救岗位和儿科专业加试：2019年8月23日17:00-17:30。
　　2、计算机化考试。
　　临床执业助理医师全国实行计算机化考试：2019年8月23日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。
　　口腔、公共卫生类别和中医类别中西医结合专业执业助理医师全国实行计算机化考试：2019年8月24日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。
　　口腔、公共卫生类别和中医类别中西医结合专业执业医师全国实行计算机化考试：2019年8月24日和25日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。
 除中医类别少数民族医专业外，执业医师合格分数线为360分，执业助理医师合格分数线为180分。

3、准考证由考生自行在网上打印

 实践技能考试打印时间：2019年6月1日—6月14日。

综合笔试考试打印时间：2019年8月15日—8月22日。

**二、考试对象**

 符合《医师资格考试报名资格规定（2014版）》所应具备的条件。

**三、考试收费**

1、实践技能考试收费标准

临床、乡村助理和公共卫生类考试费259元/人；

中医类（包括中医、中西医结合）考试237元/人；

口腔类考试279元/人。

2、医学综合笔试考试收费标准

纸质考试执业医师256元/人，执业助理医师128元/人；

计算机化考试执业医师336元/人，执业助理医师168元/人。

军队和加试考生，另加收考试费纸质考试25元/人，计算机化考试35元/人。

3、交费形式

考点只收取现金，不接受其他付款方式。

 **四、现场确认有关事项**

1、2019年医师资格考试报名现场确认按照试用期机构属地管理的原则进行（各县区报名点联系电话附后）。现场确认由单位统一组织，不受理个人报名。

2、军队考生报名统一在省直（02）考点现场确认。

3、公卫类别的考生选报考点为太原考点（01）。

（二）审核提交材料（按下列顺序装订）

1、《医师资格考试网上报名成功通知单》（打印），“通知单”上须经考生签字确认信息正确，并有试用单位及所属卫计局审核签“同意”并盖章；考生网上报名表，表上须经考生签字确认信息正确，并有试用单位及所属卫计局审核签“同意”并盖章；

2、有效身份证原件及复印件（验原件收复印件）；

3、毕业证原件及复印件，网上学历认证下载资料，如不能下载资料的应提供学历档案原件；

4、试用期考核合格证明原件,带教老师执业证书复印件；

5、已获得执业助理医师资格报考执业医师的考生，需提交《执业助理医师资格证书》、《执业证书》原件及复印件和《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》；

 6、应届医学专业毕业生还需提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》（附件3）、学生证原件、复印件及所在院校研究生处出具花名表一份，表上需注明入学时间和所学专业。以研究生学历报考的需提供学历证书和学位证书（原件及复印件）。

7、医疗机构副本复印件（加盖公章）。

**五、具体要求**

各有关单位接此通知后，要精心组织安排，严格按照《医师资格考试报名资格规定（2014版）》标准，认真把好考试报名审核关。报名资料必须真实可靠，根据《医师资格考试违纪违规处理规定》（国家卫生和计划生育委员会令第4号）第七条（七）款利用伪造证件、证明及其他虚假材料报名的，当年考试成绩无效，列入黑名单，在2年内不得报考医师资格。

**六、注意事项**

报名汇总表经审核盖章后连同报名费一并在规定时间内上报市卫计委医政科教科，逾期不予办理。表格一律用EXCEL电子表格形式横向打印一份交市卫计委，同时报送电子版。

联系电话：2295836

电子邮箱：YZ2295837@163.com

附件

1、2019年医师资格考试报名审核时间安排

2、2019年医师资格考试报名汇总表

3、医师资格考试试用期考核证明

4、《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》

5、执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

6、各县区报名点咨询电话

阳泉市卫生和计划生育委员会

 2019年1月17日

附件1

**2019年医师资格考试现场报名审核时间安排**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 | 时 间 | 单位 | 时间 |
| 市急救中心 | 2月15日 | 市第三人民医院 | 2月19日上午 |
| 市口腔医院 | 2月15日 | 市第一人民医院 | 2月20日上午 |
| 市妇幼保健院 | 2月15日 | 城区卫计局 | 2月21日上午 |
| 市疾控中心 | 2月15日 | 郊区卫计局 | 2月21日下午 |
| 市肿瘤研究所 | 2月15日 | 矿区卫计局 | 2月22日 |
| 市中医医院 | 2月18日上午 | 盂县卫计局 | 2月25日 |
| 市第四人民医院 | 2月18日上午 | 平定县卫计局 | 2月26日 |

附件2

**2019年医师资格考试报名汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位** | **姓名** | **毕业院校** | **毕业时间** | **报考类别** | **报考级别** | **电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：各单位报名时需报送报名表纸质版（加盖公章），同时报送电子版（Excel表格）。**

附表3

**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4

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

附件5

**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。 |

附件6、

**县（区）报名点咨询电话：**

平定县：5686017

盂 县：5613216

城 区：2165367

矿 区：5678959

郊 区：6696082