

## 附件 6:

### 医师资格考试现场确认简易程序知情承诺书

我申请启用河南考区医师资格考试报名现场确认简易程序，并承诺本年度报考信息与去年相同无任何变化。

我承诺报考信息有变化而提交虚假承诺的，将接受取消当年考试成绩，2年内不得报考的处理。

考生签名：

身份证号码：

日期：

## 医师资格考试试用期考核证明

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		证 件 有效期	
报考类别					
试用机构	名 称				
	地 址			邮 编	
	登 记 号			法人姓名	
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	<p>我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。</p> <p>合格 (        )        不合格 (        )</p> <p style="text-align: right;">单位法人代表/法定代表人签字：</p> <p style="text-align: right;">( 单位公章 )</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>				

- 注： 1. 带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。
2. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。
3. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

## 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		证 件 有效期	
工作机构	名 称				
	地 址			邮 编	
	登记号			法人姓名	
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	<p>我单位承诺：本表内容及所附材料真实、合法、有效。如有不实，我单位愿承担相应责任及由此所造成的一切后果。</p> <p>合格 ( ) 不合格 ( )</p> <p style="text-align: center;">单位法人代表/法定代表人签字：</p> <p style="text-align: center;">(单位公章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

注： 1. 带教老师对考生从岗位胜任力（如：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“√”。

2. 军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。

3. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

## 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。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，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，并接受**取消当年医师资格考试资格**的处理。

考生签字:

有效身份证明号码:

手机号码:

年 月 日

## 2024 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 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/>		
<p><b>考生承诺</b></p> <p>1. 本人自愿申请参加 2022 年医师资格考试短线医学专业加试。</p> <p>2. 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。</p> <p>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。</p> <p>4. 以上个人申报信息真实、准确、有效。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">考生签字：                                      日 期：                      年 月 日</p>			
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：	

# 报考乡村全科执业助理医师资格考试 知情同意书

依据国家卫生健康委医师资格考试委员会公告（2023年02号）有关要求：

（一）报考者需要在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格；具备符合《医师资格考试报名资格规定（2014版）》中报考临床类别或中医类别医师资格的学历要求。

（二）乡村全科执业助理医师限定在报名所在乡镇卫生院或村卫生室执业。

（三）取得乡村全科执业助理医师资格的人员，在学历和专业符合国家医师资格考试报名资格相关规定的条件下，可以报考临床或中医类别执业医师。

以上内容已全部知晓，并认真执行。

报考人签名：

签字日期： 年 月 日

# 乡村全科执业助理医师资格考试报名审核 法定代表人责任承诺书

为加强本单位医师资格考试管理工作，落实乡村全科执业助理医师资格考试管理措施，确保考生报考条件真实有效，现承诺如下：

一、严格按照河南省卫生计生委、河南省中医管理局《关于开展乡村全科执业助理医师资格考试的通知》（豫卫医〔2018〕6号）有关要求，加强乡村全科执业助理医师资格考试政策宣传和考生报名资格审查，遵守《医师资格考试违纪处理暂行规定（2014版）》要求和责任追究制度，严格做好本单位参加乡村执业助理医师考试人员资格审核及出证工作。

二、经审核，特此证明我单位\_\_\_\_\_具备报名资格。

如有不实，本人愿承担一切法律责任。

法定代表人签名  
(手写签字，请勿用章)

乡镇卫生院/村卫生室（公章）

年 月 日

省辖市卫生健康委/中医管理局

（公章）

年 月 日

## 五年一贯制大专毕业生报名医师资格考试知情同意书

依据原卫生部、国家中医药管理局医师资格考试报名要求（2014版）：

（一）五年一贯制专业大专毕业生报考执业助理医师的，只能在乡镇卫生院进行试用。

（二）五年一贯制专业大专毕业生考取执业助理医师资格后，必须注册在乡镇卫生院或村卫生室执业，执业五年后可变更至县级医院。

（三）五年一贯制大专毕业生取得执业助理医师资格并执业满两年后，可以报考执业医师资格，取得执业医师资格后不限制注册地点。

以上内容已全部知晓，并认真执行。

报考人签名：

签字日期： 年 月 日