附表1

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 |   |   |
| 报考类别 |   |   |
| 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 | **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造成的一切后果。**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.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.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附表2

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 | **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造成的一切后果。** 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.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.本表栏目空间若不够填写，可另附页。

附表3

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，并按规定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: