**2020年医师资格考试报名申请材料目录**

区（市）：

报名编号：考区**32**考点**02**类别序列号

以上内容考生不填

考生姓名：　　　　　　　考生本人手机号：

试用单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **材料名称** | **份数** | **备注** |
| 1 | 医师资格考试申请表  网上报名成功通知单 | 2  1 | 报名成功后打印 |
| 2 | 有效身份证明原件(审核后归还)、复印件 | 2 |  |
| 3 | 毕业证书原件(审核后归还)、复印件 | 2 | 中专毕业证送省 |
| 4 | 学历论证证明原件（复印件） | 2 |  |
| 5 | 试用机构考核合格证明 | 2 |  |
| 6 | 医师资格考试报考承诺书 | 2 |  |
| 7 | 试用医疗机构执业许可证复印件 | 2 |  |
| 8 | 助理医师资格证书原件（复印件） | 2 |  |
| 9 | 助理医师执业证书原件（复印件） | 2 |  |
| 10 | 师承或确有专长人员材料 | 2 |  |
| 11 | 乡卫生院或村卫生室工作一年考核合格证明 | 2 |  |
| 12 | 其它材料 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**该《目录》贴在材料袋上，材料按序号排列，形成2份。**

**无锡市医考办制**

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  及承诺 | 我单位承诺：本表内容及所附材料均真实、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。  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、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 | | 我单位承诺：本表内容及所附材料均真实、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。  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、及职业道德操守等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