

## 附件 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		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: center;">单位法人代表/法定代表人签字： (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。

## 附件 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		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、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。

## 医师资格考试考生承诺书

---

---

我是报考参加 2022 年医师资格考试的考生，我已阅读并知悉了《医师资格考试考试规则》、《医师资格考试违纪违规处理规定》、《医师资格考试医学综合笔试的分数公布》等医师资格考试相关文件和规定。现郑重承诺以下事项：

一、承诺报名填报的个人信息、提交的报名相关材料真实、准确、完整、有效。

二、服从考试组织安排，接受工作人员报考期间的监督、检查和管理。

三、承诺报考过程中诚实守信、遵纪守法。

如违反上述承诺，愿按规定接受处理，并承担由此引起的相应后果。

是否同意以上承诺？

是 (    )

否 (    )

承诺人姓名：

有效身份证件号：

年    月    日

单位法人签字：

单位审核盖章：

年    月    日

附件 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

附件 5

## 当年医学专业毕业研究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,将授予专业学位。

本人承诺将于今年 8 月 31 日前,将硕(博)士毕业证书原件及复印件交至考点办公室审核。如果不能按时提交则视为自动放弃当年医学综合笔试考试资格。

承诺人签字:

承诺人身份证号:

手机号码:

单位盖章:

年 月 日

## 附件 6

## 2022 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"/>		
<b>考生承诺</b>			
1. 本人自愿申请参加 2021 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：                      年    月    日			
单位审核：	考点审核：	考区审核：	
单位盖章：	考点盖章：	考区盖章：	
负责人签字：	经手人签字：	经手人签字：	

附件 7

## 2022 年报考乡村全科执业助理医师

### 工作证明

兹证明考

生\_\_\_\_\_（身份证号  
码：\_\_\_\_\_）于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
至今在\_\_\_\_\_乡镇卫生院或乡（镇）村卫生站  
（室）工作已满一年。

（本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）

单位法人代表签字：

单位（盖章）：

区（市）县卫生计生行政部门（盖章）：

年 月 日

# 附件 8

## 台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表

### Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制 / Printed by the Ministry of Health of PRC

WS101

No:		接受院校 / Host Institution:	
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First name
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex: male [ ] female [ ]	出生日期:       年   月   日 Date of Birth:       y.   m.   d.	
	学历 / Academic Degree Obtained:	专业 / Specialty:	
	毕业学校 / School of Graduation:		
	入学时间 / Date of Entry:	毕业时间 / Date of Graduation:	
	毕业证书编码 / Certification No:		
	通讯地址 / Address:		
	联系电话 / Tel:	E-mail:	
	申请实习机构名称 / Institute of Internship:		
申请实习岗位类别 / Category of Internship:			
申请实习期限: 自   年   月至   年   月 Duration: From       y.   m. to       y.   m.			
接受院校 签字盖章	Authorized by:  (印章/Seal)  年   月   日	申请人签字: Signature of Applicant:  年   月   日 y.   m.   d.	
省级卫生 / 中 医药行政主管 部门签字盖章	年   月   日		
备注	1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。 Note: 1.This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2.Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.		

共三联，第一联：寄台湾、香港、澳门实习人员



台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制 / Printed by the Ministry of Health of PRC

WS101

No:		接受院校 / Host Institution:	
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First name
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex: male [ ] female [ ]	出生日期: Date of Birth:	年 月 日 y. m. d.
	学历 / Academic Degree Obtained:	专业 / Specialty:	
	毕业学校 / School of Graduation:		
	入学时间 / Date of Entry:	毕业时间 / Date of Graduation:	
	毕业证书编码 / Certification No:		
	通讯地址 / Address:		
	联系电话 / Tel:	E-mail:	
	申请实习机构名称 / Institute of Internship:		
申请实习岗位类别 / Category of Internship:			
申请实习期限: 自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.			
接受院校 签字盖章	年 月 日		
省级卫生 / 中医 药行政主管部门 签字盖章	年 月 日		
备注			

共三联, 第二联: 省级卫生 / 中医药行政主管部门留存

台湾、香港、澳门居民参加国家医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印制 / Printed by the Ministry of Health of PRC

WS101

No:		接受院校 / Host Institution:		
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First name	
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:		
	性别 / Sex: male [ ] female [ ]	出生日期: Date of Birth:	年 月 日 y. m. d.	
	学历 / Academic Degree Obtained:	专业 / Specialty:		
	毕业学校 / School of Graduation:			
	入学时间 / Date of Entry:	毕业时间 / Date of Graduation:		
	毕业证书编码 / Certification No:			
	通讯地址 / Address:			
	联系电话 / Tel:	E-mail:		
	申请实习机构名称 / Institute of Internship:			
	申请实习岗位类别 / Category of Internship:			
	申请实习期限: 自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.			
接受院校 签字盖章	年 月 日			
省级卫生 / 中医 药行政主管部门 签字盖章	年 月 日			
备注				

共三联, 第三联: 公安出入境管理部门留存

## 附件 9 外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表

### Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC

WS102

<b>No:</b>	<b>接受院校/Host Institution:</b>		
由接受实习人员院校填写	姓名: Name:	Family/Last name Middle name	First name
	地区/Region:	有效身份证件名称和号码/ID No:	
	性别/sex: male[ ]                      female[ ]	出生日期: Date of Birth:	年                      月                      日 y.                      m.                      d.
	学历/Academic Degree Obtained:	专业/Specialty:	
	毕业学校/School of Graduation:		
	入学时间/Date of Entry:	毕业时间/Date of Graduation:	
	毕业证书编码/Certification No:		
	通讯地址/Address:		
	联系电话/Tel:	E-mail:	
	申请实习机构名称/Institute of Internship:		
	申请实习岗位类别/Category of Internship:		
	申请实习期限:自                      年                      月至                      年                      月 Duration: From                      y.                      m. to                      y.                      m.		
	接收院校 签字盖章	Authorized by:  (印章/Seal)  年                      月                      日	申请人签字: Signature of Applicant:  年                      月                      日 y.                      m.                      d.
省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 字盖章		年                      月                      日	
备 注	1、此表仅限于为参加国家医师资格考试的来内地实习一年的台湾、香港、澳门人员使用。 2、请持本表前往实习所在地市、县公安机关出入境管理部门办理相应的签注手续。 Note: 1、 This form is for persons coming from Tai Wan, Hong Kong and Macao who plan to take the Examinations for the Qualifications of Doctors. 2、 Please present this form to apply for entry visa at local Police Office.		

共三联，第一联：寄外籍来华实习人员

外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC

WS102

No:		接受院校/Host Institution:		
由接受实习人员院校填写	姓名: Name:	Family/Last name Middle name	First name	
	地区/Region:	有效身份证件名称和号码/ID No:		
	性别/sex: male[ ] female[ ]	出生日期: Date of Birth:	年 y.	月 m.
	学历/Academic Degree Obtained:		专业/Specialty:	
	毕业学校/School of Graduation:			
	入学时间/Date of Entry:		毕业时间/Date of Graduation:	
	毕业证书编码/Certification No:			
	通讯地址/Address:			
	联系电话/Tel:		E-mail:	
	申请实习机构名称/Institute of Internship:			
	申请实习岗位类别/Category of Internship:			
	申请实习期限:自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.			
	接收院校 签字盖章	Authorized by:  (印章/Seal)  年 月 日	申请人签字: Signature of Applicant:  年 月 日 y. m. d.	
省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 字盖章	年 月 日			
备注				

共三联，第二联：省级卫生/中医药行政主管部门留存

外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表

Application Form For Medical Internship

中华人民共和国卫生部印刷/Printed by the Ministry of Health of PRC

WS102

No:		接受院校/Host Institution:		
由接受实习人员院校填写	姓名: Name:	Family/Last name Middle name	First name	
	地区/Region:	有效身份证件名称和号码/ID No:		
	性别/sex: male[ ] female[ ]	出生日期: Date of Birth:	年 y.	月 m.
	学历/Academic Degree Obtained:		专业/Specialty:	
	毕业学校/School of Graduation:			
	入学时间/Date of Entry:		毕业时间/Date of Graduation:	
	毕业证书编码/Certification No:			
	通讯地址/Address:			
	联系电话/Tel:		E-mail:	
	申请实习机构名称/Institute of Internship:			
	申请实习岗位类别/Category of Internship:			
	申请实习期限:自 年 月至 年 月 Duration: From y. m. to y. m.			
	接收院校 签字盖章	Authorized by:  (印章/Seal)  年 月 日	申请人签字: Signature of Applicant:  年 月 日 y. m. d.	
省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 字盖章	年 月 日			
备注				

共三联, 第三联: 公安出入境管理部门留存