

巴中市巴州区卫生健康局

巴中市巴州区卫生健康局 关于做好 2022 年医师资格考试报名现场资格审核工作的通知

巴中经开区各级各类医疗卫生机构，区管各级各类医疗卫生机构，市管各级各类医疗卫生机构；社会办医疗机构：

根据《中华人民共和国医师法》《医师资格考试暂行办法》《国家卫生健康委员会医师资格考试委员会公告（2021 年 第 3 号）》《四川省医师资格考试领导小组公告（2022 年第 1 号）》和《四川省医师资格考试考区办公室关于 2022 年医师资格考试考务工作的通知》（川医考发〔2022〕5 号），《巴中市卫生健康委员会关于做好 2022 年医师资格考试报名资格审核工作的通知》为确保我区 2022 年全国医师资格考试现场确认及报名资格审核工作顺利进行，现就有关事项通知如下。

一、现场审核

现场资格审核是对网上报名的考生进行网报照片和报名资料的真实性审核。各考生按照要求，上传报名资料，确保上传的资料完整、清晰，同时考生到现场审核签字确认，并在考务管理系统内注明审核结果为“审核通过”或“审核不通过”，审核不通过的考生须注明不通过的原因，逾期未到现场审核的考生为

“未审核”状态，视为审核不通过。

（一）现场审核时间和地点。

各考生须按报名要求携带《医师资格考试网上报名成功通知单》和相关证明材料（包括原件和复印件），到巴州区卫生健康局报名点六楼会议室进行考试资格现场审核。巴州区卫生健康局咨询电话：0827-2133331、0827-5183979。地址：巴州区江北望王路西段374号（家园酒店院内）。

1. 2022年2月16日现场确认市管医疗卫生机构和经开区医疗机构报名人员考试资格；

2. 2022年2月17日现场确认区级医疗卫生机构和区管民营医院（含个体医疗机构）报名人员考试资格；

3. 2022年2月18日现场确认乡镇（社区）医疗机构、村卫生站、社区卫生站报名人员考试资格；

4. 请报名考生按规定时间段到巴州区卫健局6楼会议室进行现场确认，逾期不再受理。

现场确认时，考生须按送省、送市材料要求提供纸质报名材料各1份。军队考生须按送市材料要求提供2份材料。考生现场审核时应仔细核对报名信息，报考资格初审合格并现场确认 after，将生成《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》，此申请表一经考生签字确认，将不得进行信息变更。

（二）材料要求。

1. 送省（考区）材料要求。

(1)《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》一式2份。凭《医师资格考试网上报名成功通知单》现场审核时打印，注意检查序列号是否产生，没有序列号的要重新确认。考生必须在申请表上“本人签字”栏签名，县（区）卫生健康局报名点审核合格后在考点审核意见处填写明确的审核意见并签名盖章。

(2) 考生毕业证复印件。毕业证丢失的，可以提供由原学校补办教育部统一制式的“毕业证明书”，其他证明无效。

(3) 专科及以上学历需要同时提供《教育部学历证书电子注册备案表》或国家教育行政部门指定的高等教育学历认证机构出具的《中国高等教育学历认证报告》，学历查询码有效期至2022年3月31日，《教育部学历证书电子注册备案表》需所在单位及报名点审核人员核实后签字确认。

2. 送市（考点）材料要求。

(1)《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》一式1份。凭《医师资格考试网上报名成功通知单》现场审核时打印，注意检查序列号是否产生，没有序列号的要重新确认。考生必须在申请表上“本人签字”栏签名，县（区）卫生健康局报名点审核合格后在考点审核意见处填写明确的审核意见并签名盖章。

(2) 考生有效身份证件复印件。考生有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证；港澳台居民居住证或通行证（港澳台考生）、护照（外籍考生）。

(3) 考生毕业证复印件。毕业证丢失的，可以提供由原学

校补办教育部统一制式的“毕业证明书”，其他证明无效。专科及以上学历需要同时提供《教育部学历证书电子注册备案表》或国家教育行政部门指定的高等教育学历认证机构出具的《中国高等教育学历认证报告》，学历查询码有效期至2022年3月31日，《教育部学历证书电子注册备案表》需所在单位及报名点审核人员核实后签字确认。

(4) 考生试用（或实习）机构出具的《医师资格考试试用期考核证明》。如涉及多个单位，须多个单位同时开据证明，每个单位一份。港澳台和外籍考生还须提交《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》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

(5) 执业助理医师申请执业医师考试的，须提交《执业助理医师资格证书》复印件、《执业助理医师执业证书》复印件、《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（变更注册地点涉及多个工作单位的，执业时间应连续不间断，须多个单位同时开据考核证明，每个单位一份）。

(6) 考生所在单位有效《医疗机构执业许可证》副本（正本无效）复印件，考生报考类别和专业要与《医疗机构执业许可证》副本中的诊疗科目相符合。医疗机构如有变更信息，须同时提供变更项。非现役军人在部队医院试用或执业的，须提供军队医疗机构对外服务许可证。中医备案诊所提供《中医诊所备案证》。

(7) 应届毕业生须填写《应届医学专业毕业生医师资格考

试报考承诺书》。

(8) 部队现役考生统一使用身份证报名，提供身份证复印件，同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

(9) 短线加试考生需提交《2022年医师资格考试短线医学专业加试申请表》(巴中考点集中审核时，报名点需向考点提交《2022年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表》)。

(10) 参加乡村全科执业助理医师考试的考生需提交《2022年报考乡村全科执业助理医师工作证明》，证明需所在单位法定代表人签字并加盖公章。执业助理医师报考执业医师的，须按报考执业助理医师时的学历类别报考相应类别的执业医师。

(11) 报考中医类别传统医学师承或确有专长医师资格考试的，须提交四川省中药管理局颁发的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

(12) 医师资格考试考生承诺书。所有考生均须提交。

以上资料(包括与网络上传资料一致的材料)须按顺序装订整齐，复印件要完整、清楚，所有复印件须由所在报考(试用)单位和县(区)卫生健康局报名点经办人签字证明属实后，加盖所在单位和县(区)卫生健康局行政公章。各县(区)报名点仔细核验考生身份证、毕业证、《执业助理医师资格证书》《执业助理医师执业证书》原件，并在巴中考点集中审核时提供考生毕业证、《执业助理医师资格证书》《执业助理医师执业证书》原件。

(三) 现场审核重点。

1. 报考资格。考生报考类别符合《医师资格考试报名资格规定（2014年版）》相应类别报考要求。

2. 材料顺序。考生提交现场确认材料须按照要求排列，所有应提交材料齐全。

3. 材料真实。核查考生身份证、毕业证书、执业助理医师资格证书、执业助理医师执业证书原件真实性。

4. 信息规范。考生照片（白底证件照）、身份信息、学历信息（学习形式、毕业学校、毕业专业、学制、毕业年月、毕业证书编号等）、备案表（学历证书电子注册备案表）、执助信息（证书年月、证书编码等）、工作单位（需和医疗机构执业许可证一致）、试用（执业）期考核证明（起止时间、带教老师医师执业证书编号，截止时间规范填写为2022年8月）等报考信息准确规范填写。

5. 签审完整。所有申报材料复印件需报考单位经办人审核签字属实，并加盖报考单位行政公章。县（区）卫生健康局报名点核查报考信息并现场确认，由县（区）卫生健康局经办人在所有复印件上签字属实，并加盖县（区）卫生健康局行政公章。

6. 上传材料完整。考生所有报名材料须按要求上传至报名系统，上传材料和提交的纸质报名材料必须完全一致。

二、其他事项

（一）资料下载。《医师资格考试试用期考核证明》《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》《2022年报考乡村全科执

业助理医师工作证明》《2022年医师资格考试短线医学专业加试申请表》《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》《个人健康状况诚信承诺书》等可在巴中市健康教育和卫生管理中心网站公示公告栏目 (<http://www.bzyx.org.cn/>) 下载。

(二) 疫情防控。要按单位、分区域、分时段现场审核，减少人员聚集带来的风险。所有考生和工作人员需佩戴口罩，配合做好体温检测工作，主动出示四川天府健康通健康码和通信大数据行程卡。现场确认应提前向辖区卫生健康局报名点预约。现场提交资料时，做好人员分流工作，人员之间应保持1米以上的距离。如有发热身体不适的考生，不得前往现场审核，可由考生所在单位代办。

(三) 规范填写工作试用单位。报考单位名称与单位行政公章、医疗机构执业许可证或事业单位法人证书一致。

(四) 医师资格考试报考人员试用期截止至2022年8月31日。考生报名后未按期完成试用的，取消报名资格。

(五) 考生网上填报信息必须确保所填信息的真实性和准确性，如提供虚假报名资料或信息的相关责任由考生本人承担。

(六) 参加短线医学加试的考生，报考执业医师的试用期岗位必须为院前急救、儿科；执业助理医师报考执业医师，注册证执业范围必须为院前急救、儿科。考生须上传并提交《医师资格考试短线医学加试考试考生报名资格申请审核表》。

(七) 报考乡村全科执业助理医师的考生，须同时满足1、

已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格；2、符合《医师资格考试报名资格规定(2014版)》中报考临床、中医、中西医类别医师资格的学历要求。取得资格证书的，执业地点限定为乡镇卫生院或村卫生室(任何社区卫生服务中心不允许报考)。依据《关于开展2016年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》要求，“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”。

(八) 考生报考资格审查贯穿报名考试全过程，在医师资格考试报考各环节发现报考人员不符合报考条件的，取消其报考资格或资格证书，后果由考生本人承担。

(九) 其他有关事项，以省考区、市考点办公室通知为准。

巴中市巴州区卫生健康局

2022年2月14日



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	<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: 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。

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"/>		
考生承诺			
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。 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）县卫计委行政部门（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: 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	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: 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	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: 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	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

No:	接受院校/Host Institution:					
由接受实习人员院校填写	姓名: Name:	Family/Last name		First name		
		Middle 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.	日 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)		申请人签字: Signature of Applicant:			
	年 月 日		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	<p>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。</p> <p>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.</p>					

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 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			

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		First name	
			Middle 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.
					日 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:			申请人签字: Signature of Applicant:		
	(印章/Seal)					
		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		
		y.	m.	d.		
备注						

共三联, 第三联: 公安出入境管理部门留存

