

# 桂林市医学考试中心

市卫考发（2021）1 号

## 关于做好 2021 年医师资格考试报名工作的通知

各县（市、区）卫生健康局、有关医疗卫生健康机构、部队：

按照自治区卫生健康委 2021 年第 1 号公告以及自治区医学考试中心有关精神，现将我市 2021 年医师资格考试报名工作有关问题通知如下。

### 一、考生报名确认

#### （一）报名点现场确认

按照属地及管理责任原则，考生持报名材料到设置报名点的单位或辖区卫健局办理现场确认手续。各报名点可根据自身实际安排好报名确认时间，采取适当形式公布现场资格审核工作安排，包括接收材料时间，要求提交材料内容、联系方式等相关信息，方便考生做好准备。确认现场要配备能够上网的电脑和打印机，当面解决确认过程中的问题。

考生应认真阅读报名网站的报名须知，按报名点的通知到现场确认。考生在《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上核对签名。逾期未办理现场确认手续的考生，其网上的预报名无效。现场确认时间从 1 月 25 日到 2 月 8 日。

2020 年在国家实践技能考试基地实践技能考试合格但未通过医学综合笔试的考生，2021 年仍需进行网上报名和现

场确认，不需要缴纳实践技能考试费用，按规定时间缴纳医学综合笔试费用参加综合笔试。

今年广西资格审核采用线上与线下结合的方式进行（军队考生除外），考生在网上填写提交报名信息后，按要求填写激活账号并上传电子证明材料。

报考乡镇全科执业助理的考生在岗情况要填写“在职”，不得填写“试用期”。

各报名点按照各级疫情防控部门的要求，确认时做好防疫有关工作，避免出现聚集性疫情。

## （二）报名点的工作安排

1.各县（市、区）卫生健康局负责安排专人汇总本辖区内考生报名材料、报名信息确认。

2.市直及驻桂各医疗卫生机构负责汇总本单位考生报名材料、报名信息确认。

3.市卫生计生监督所负责汇总市区企事业单位职工医院、卫生（所）室、私营医疗机构考生报名材料、报名信息确认。

4.驻桂林现役军人的报名材料由团级以上单位政治机关干部部门或后勤机关卫生部门审核同意，并加盖公章。到部队所在地辖区卫健局进行报名信息现场确认。

## （三）现场确认需要提交的材料

考生报名时提交学历证明原件和报名成功通知单，学历证明原件待送自治区复审后再返还。提交的学历证明原件按本条第（四）款第2、3、4、11项要求。

军队考生不上传电子材料，按照本条第（四）款的要求提供经团以上部门盖章的全部纸质复印件及身份证明复印件、学历证明原件。

#### （四）网上需要上传的电子材料

考生须按要求上传近期白底大头证件照片(不得使用生活照或穿白大褂的照片)，使用“医考报名照片检测工具”进行检测处理后再上传。照片处理有困难的考生从以下地址（<http://download.people.com.cn/zhaopianshenhe.rar>）下载人社部的照片处理工具进行处理，再使用医考中心的照片检测工具进行处理后上传。

上传电子材料建议使用扫描仪进行扫描成彩色图片，材料照片需保证信息真实、准确、完整、有效。画面保持正向，不得翻转或旋转。文件应使用 jpg/jpeg/png 格式，上传的照片应确保图像清晰，单个照片文件大小不超过 200k。采取其他方式获得的，应保证光线均匀、聚焦清晰，无反光、无水印等影响阅读审核及存档的问题。

##### 1.上传身份证明材料

上传有效身份证件（第二代身份证、临时身份证、台港澳居民往来大陆通行证、护照）正、反面照片（外国护照需上传信息页与封页），以及本人手持身份证件详细内容面自拍照 1 张。

##### 2.上传学历证明材料

请上传与报考类别相一致的医学学历证书。报考学历的学制显示为分段培养的（如初中起点、专升本、连读等等），

各阶段学历均应提供。

### 3.上传学位证书

本科及以上学历需要上传。

### 4.上传学历证明材料

2001年后毕业的专科及以上学历的考生，还须上传有效期半年内的《教育部学历证书电子注册备案表》。毕业证遗失补办后在学信网尚无法查验的，还需上传毕业学校的情况说明。

(1)非大陆学历考生还须上传教育部留学认证中心出具的《国外学历学位认证书》

(2)区外中专学历，需提供毕业学校所在地省级教育部门出具的录取名单、毕业生名册等学籍证明材料。

(3)对原不承认中等卫生专业学历的人员，须上传《原不承认中等卫生专业学历资格考试合格证》。

(4)3+2形式或初中起点五年制考生，如无中专毕业证，应上传毕业学校复印的《录取简明登记表》

(5)研究生毕业当年以研究生学历报考者，上传学校出具能证明学位类型的学籍证明。

(6)以成人学历报考口腔执业医师的考生，除上传成人学历毕业证书外，还须上传考取口腔执业助理时毕业证书。

### 5.上传试用期合格证明材料

助理医师报考执业医师的上传《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》，其他考生上传《医师资格考试试用期考核证明》。

(1)考核证明当年有效。必需同时有试用机构或执业机构法定代表签字及单位公章。

(2) 2020年毕业的考生试用起止时间按实际试用时间填写。其他考生试用期考核至现场审核时需满1年且考核合格，如期间试用机构或执业机构有变动的，需一并提交上一试用或执业机构出具的考核合格证明。

(3)研究生、长学制研究生在校以本科学历报考、2014年12月31日前入学的学术学位（科学学位）研究生，还需提交临床实习或公共卫生实践满1年的证明。

(4)村卫生室没有执业医师的机构不能作为试用机构。属一体化管理的，由有执业医师的上级出具试用期合格证明。乡镇卫生院无相应类别执业医师跨类别带教的，需经县级以上卫生行政部门同意。

(5)在民营机构试用的，考生必需是已在主管部门备案人员。

(6)港澳台和外籍考生上传《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》。

(7)报考乡村全科执业助理医师不在乡镇卫生院或村卫生室报考的，提供乡村一体化管理证明。

## 6. 上传试用机构执业许可证

请上传相关科目校验合格的、有效期内的试用机构《医疗机构执业许可证》副本或《中医诊所备案证》原件或经盖章的复印件。

#### 7. 上传带教老师执业证书

请上传带教老师姓名、执业类别和执业地点、执业范围页原件或经盖章的复印件，且须与考生的报考单位和报考类别相符。属于医联体或对口支援的带教老师，还需上传相关证明材料。

#### 8. 上传执业医师资格证书

助理升执业的，需上传与报考类别相一致的执业医师资格证书。

#### 9. 执业医师执业证书

助理升执业的，需上传与报名报考类别的执业医师执业证书。上传执业证书执业地点、执业范围、定期考核、注册时间等页。如在执业过程中有变更记录，导致《医师执业证书》上记录的注册时间不满足报考年限的，还须上传首次执业注册时间证明。

#### 10. 应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

研究生毕业当年报考的，上传应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书。并于8月31日前补交学历学位证明。

#### 11. 上传师承和确有专长证明材料

报考传统医学师承或确有专长类别的考生，上传《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

#### 12. 上传其他证明材料

中医学学历报考壮医的，上传壮医培训证，临床学历报考中西医结合的，须上传“西学中”相关证明材料。

### (五) 报名点工作

各报名点打印《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》请考生签字确认。将考生花名册、经确认后的《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》、登记好的学历证明原件按试用单位排列好在规定时间内交市医考中心，市医考中心初审后上报自治区医考中心复审。自治区复审完毕后返还学历证明原件给考生。

## 二、考试收费

考生全部网上缴费，经考点、考区全部审核通过的考生才能进行缴费，缴费时间按国家规定，逾期未缴视为放弃报名。实践技能考试成绩合格方能参加综合笔试。未通过第一次医学综合笔试且无违纪违规行为的考生，可以报名参加第二次医学综合笔试（含缺考与未缴纳第一次医学综合考试费用考生）。未缴费视为放弃考试资格。

- 附件 1.广西壮族自治区卫生健康委员会公告 2021 年第 1 号  
2.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  
3.外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表  
4.应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书  
5.医师资格考试试用期考核证明  
6.执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

桂林市医学考试中心  
2021 年 1 月 15 日



（主动公开）

# 广西壮族自治区卫生健康委员会

---

## 广西壮族自治区卫生健康委员会

### 公告

(2021年第1号)

根据国家卫生健康委员会医师资格考试委员会公告(2020年第3号),现将2021年全国医师资格考试广西考区有关事项公告如下:

#### 一、考试大纲

根据《中华人民共和国执业医师法》《医师资格考试暂行办法》规定,2021年将在全国举行医师资格考试。临床类别、中医类别、口腔类别、公共卫生类别和乡村全科执业助理医师考试大纲中卫生法规部分内容已调整,详见《国家卫生健康委员会医师资格考试委员会关于修订〈医师资格考试大纲(医学综合考试)〉中卫生法规部分内容的通知》(国卫医考委发〔2020〕7号)。

#### 二、考试报名

考试报名包括网上报名和现场审核两个部分。

网上报名时间为2021年1月6日至2021年1月21日24时。请考生按有关规定如实准确填报个人信息。2020年在国家实践技能考试基地参加实践技能考试,成绩合格但未通



过当年医学综合考试的考生，2021年须网上报名，可直接参加医学综合考试。

今年广西考区医师资格考试报名资格审核采取线上与线下结合的方式进行（军队考生除外），考生在网上填写报名信息时，请同时按要求上传相关材料。现场审核时，考生只需提供毕业证原件及考生报名成功通知单。

军队考生仍采取线下提交纸质报名材料的方式进行现场确认。

现场审核时间为2021年1月25日至2021年2月8日，具体事宜可咨询报名所在地考点办公室。

请考生注意安排好网上报名和现场确认时间。

### 三、实践技能考试

全国考试时间如下：

（一）临床类别：2021年6月10日-23日。

（二）中医类别：2021年6月19日-27日。

（三）口腔类别：2021年6月19日-27日。

（四）公共卫生类别：2021年6月19日-20日。

（五）乡村全科执业助理医师：2021年6月23日-29日。

实践技能考试统一集中在国家实践技能考试基地进行。实践技能考试合格分数线为60分。在国家实践技能考试基地参加考试且成绩合格者，成绩两年有效。

### 四、医学综合考试

全国统一考试时间如下：

临床类别执业医师资格考试：2021年8月21日下午16:30-18:30和8月22日上午9:00-11:00，下午13:30-15:30、16:30-18:30。

临床类别执业助理医师资格考试：2021年8月20日上午9:00-11:00，下午13:30-15:30。

中医类别（中医、中西医结合、傣医、中医（朝医）专业、中医（壮医）专业）执业医师、口腔类别执业医师、公共卫生类别执业医师资格考试：2021年8月20日上午9:00-11:00，下午13:30-15:30和8月21日上午9:00-11:00，下午13:30-15:30。

中医类别（中医、中西医结合、傣医、中医（朝医）专业、中医（壮医）专业）执业助理医师、口腔类别执业助理医师、公共卫生类别执业助理医师资格考试和乡村全科执业助理医师资格考试：2021年8月21日上午9:00-11:00，下午13:30-15:30。

军事医学（执业医师）加试：2021年8月21日上午11:05-12:05。军事医学（执业助理医师）、院前急救岗位和儿科专业加试：2021年8月21日上午11:05-11:35。

除中医类别（中医（朝医）专业、中医（壮医）专业、蒙医、藏医、维医、傣医、哈萨克医）外，执业医师合格分数线为360分，执业助理医师合格分数线为180分。

## 五、其他事项

（一）2021年广西考区继续开展医师资格考试临床执业医师、临床执业助理医师、中医类别具有规定学历中医专业

执业医师和具有规定学历中医专业执业助理医师医学综合笔试“一年两试”试点。已报考当年医师资格考试，实践技能考试成绩在有效期内，未通过第一次医学综合考试且无违纪违规行为的考生和第一次医学综合考试缺考及未缴纳考试费的考生可报名参加第二次医学综合考试。

医学综合考试“一年两试”试点第二次考试时间如下：

临床类别执业医师、中医类别具有规定学历中医执业医师资格考试：2021年11月13日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00和11月14日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。

临床类别执业助理医师、中医类别具有规定学历中医执业助理医师资格考试：2021年11月13日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。

医师资格考试报名资格有关规定及考试相关信息，各考点和考生可登录国家卫生健康委和国家中医药管理局网站查询，或者登录国家医学考试网和中国中医药考试认证网查询。国家卫生健康委网址：<http://www.nhc.gov.cn/>；国家中医药管理局网址：<http://www.satcm.gov.cn/>；国家医学考试网网址：<http://www.nmec.org.cn/>；中国中医药考试认证网网址：<http://www.tcmtest.org.cn/>。

## 六、考区咨询、联系方式

自治区医学考试中心（南宁市民族大道80号），邮编：530022，电话：0771—5856169、2618852。

自治区卫生健康委医政医管处（南宁市新民路2号），  
邮编：530012，电话：0771—2803623。

自治区中医药局（南宁市桃源路35号），邮编：530021，  
电话：0771—2825931。

## 七、考试缴费

广西考区今年继续实行网上缴费。缴费时间另行通知。

广西壮族自治区卫生健康委员会

2021年1月7日

（信息公开形式：主动公开）



## 附件 2

## 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

## 附件 2

## 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

## 附件 2

## 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 3

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 for Foreigners  
 共三联, 第一联: 寄外籍来华实习人员

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	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:		申请人签字:		
	(印章 /Seal)		Signature of Applicant:		
	年	月	日	年	月
	y.	m.	d.	y.	m.
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



## 附件 3

## 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

## 附件 3

## 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, 第三联: 公安出入境管理部门留存

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

## 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 6

## 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。