附件5

2022年度医师资格考试报名提交材料说明

1.身份证明，所有考生均须上传。

2.学历证，所有考生（除传统医学师承或确有专长考生）均须上传。

3.学位证书。

4.学历证明材料，非大陆学历考生须提交教育部留学服务中心出具的《国外学历学位认证书》；本科学历为符合报考条件的专升本考生，还须提交专科毕业证书等。

5.学生证，在校研究生或应届（2022年毕业）研究生须上传学生证和研究生学历学位证明。

6.试用期考核证明，所有考生均须上传。

7.试用机构的《医疗机构执业许可证》副本复印件（须加盖单位公章），所有考生（除试用机构为军队医疗机构）均须上传。

8.带教老师执业证书复印件，所有考生均须上传。

9.港澳台居民及外籍人员参加国家医师资格考试实习申请表。

10.助理医师资格证书和助理医师执业证书，助理升执业考生须上传。

11.应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书。

12.《医师资格考试短线医学专业加试申请表》，申请加试考生必传，具有执业助理医师资格且符合报考执业医师条件的考生，注册执业范围须为院前急救、儿科。

13.所有考生（除军队现役、在校研究生、港澳台、外籍、报考乡村全科执业助理医师的考生）均须上传与试用机构一致的连续三个月的社保缴纳凭证。

14.传统医学师承或确有专长证明材料，传统医学师承或确有专长考生必传。

15.“西学中”相关证明材料，符合报考规定的西医学习中医人员必传。

16.乡医工作证明，与工作单位或工作单位所在区卫健部门签订的工作协议，报考乡村全科执业助理医师考生必传。

17.其他（包括但不限于以下材料）：

17.1以学术学位研究生学历（2014年12月31日以前入学）报考的考生还须提交相当于大学本科1年的临床或公共卫生毕业实习证明（毕业院校附属医院及研究生管理部门双盖章）。

17.2长学制学生在学期间没有本科毕业证的考生须上传研究生院或院校主管部门统一开具的本科学历证明及相当于大学本科1年的临床或公共卫生毕业实习证明（毕业院校附属医院及研究生管理部门双盖章）。

注：以上材料请考生根据自身学历、工作经历等情况如实上传，并非所有材料都需要。如因考生未将必要材料上传而导致审核未合格的，责任由考生自行承担。

表1

在读研究生证明

**院校： 学号：**

姓名： 性别： 身份证号：

入学时间： 毕业时间：

专业： 学位类别：

实习机构（不是毕业院校附属医院的请附情况说明并盖章）：

 研究生管理部门（章）

签发人姓名：

 签发日期：2022年 月 日

以当年毕业研究生学历报考的考生提交此表并于2022年医学综合考试前，将毕业证书及学位证书原件及复印件交至考点办公室。

表2

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8月31日前，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：

有效身份证件号码：

手机号码:

 年 月 日

表3

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 □ 儿科 □ |
| 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： |
| 单位审核：单位盖章:负责人签字： | 考点审核: 考点盖章:经手人签字： | 考区审核：考区盖章：经手人签字： |

表4

**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 | 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.本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、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“√”。3**.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 |