

## 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<br>年 月        |   | 有效身份<br>证件号码 |       | 证 件<br>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<br>时 间        | ( ) 年 ( ) 月 至 ( ) 年 ( ) 月   |              |       |                 |        |
| 主要试用<br>岗位(科室)     | 岗 位 ( 科 室 )<br>名 称  | 带教老师评价       |       | 带 教 老 师         | 带教老师签字 |
|                    |   | 合 格          | 不 合 格 | 医 师 执 业 证 书 号 码 |        |
|                    |   |              |       |                 |        |
|                    |   |              |       |                 |        |
|                    |   |              |       |                 |        |
| 试 用 机 构<br>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：<br/>(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<br>年 月                |             |
| 报考类别                   |   | 有效身份<br>证件号码 |       | 证 件<br>有效期                 |             |
| 工作机构                   | 名 称   |              |       |                            |             |
|                        | 地 址   |              | 邮 编   |                            |             |
|                        | 登记号   |              | 法人姓名  |                            |             |
| 工作起止<br>时 间            | ( ) 年 ( ) 月 至 ( ) 年 ( ) 月   |              |       |                            |             |
| 主 要 工 作<br>岗 位 ( 科 室 ) | 岗 位 ( 科 室 )<br>名 称  | 带 教 老 师 评 价  |       | 带 教 执 业<br>医 师 执 业 证 书 号 码 | 带 教 老 师 签 字 |
|                        |   | 合 格          | 不 合 格 |                            |             |
|                        |   |              |       |                            |             |
|                        |   |              |       |                            |             |
| 工 作 机 构<br>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。<br><br>合格 ( ) 不合格 ( )<br><br>单位法人代表/法定代表人签字：<br>(单位公章)<br><br>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 2023 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

## 2023 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     |      |
| <b>考生承诺</b>   |        |        |      |
| 1. 本人自愿申请参加 2023 年医师资格考试短线医学专业加试。<br>2. 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。<br>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。<br>4. 以上个人申报信息真实、准确、有效。<br>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

# 2023 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<br>接<br>受<br>实<br>习<br>人<br>员<br>院<br>校<br>填<br>写 | 姓名:<br>Name:   | Family / Last name<br>Middle name            | First name   |
|   | 地区 / Region:   | 有效身份证件名称和号码 / ID No:                         |  |
|   | 性别 / Sex:<br>male [ ] female [ ]   | 出生日期:<br>Date of Birth:                      | 年 月 日<br>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<br>Duration: From y. m. to y. m.  |  |  |
|   | 接受院校<br>签字盖章   | Authorized by:<br><br>(印章/Seal)<br><br>年 月 日 | 申请人签字:<br>Signature of Applicant:<br><br>年 月 日<br>y. m. d. |
| 省级卫生 / 中<br>医药行政主管<br>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。<br>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。<br>Note:<br>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.<br>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

|   |   |  |            |  |
|---|---|--|------------|--|
| <b>No:</b>  | <b>接受院校 / Host Institution:</b>   |  |            |  |
| 由<br>接<br>受<br>实<br>习<br>人<br>员<br>院<br>校<br>填<br>写 | 姓名:<br>Name:  | Family / Last name<br>Middle name                          | First name |  |
|   | 地区 / Region:  | 有效身份证件名称和号码 / ID No:                                       |            |  |
|   | 性别 / Sex:<br>male [ ] female [ ]  | 出生日期:       年   月   日<br>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<br>Duration: From    y.   m. to    y.   m. |  |            |  |
|   | 接受院校<br>签字盖章  | 年   月   日  |            |  |
|   | 省级卫生 / 中医<br>药行政主管部门<br>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

|  |   |                                   |                   |  |
|--|---|-----------------------------------|-------------------|--|
| <b>No:</b>   | <b>接受院校 / Host Institution:</b>                     |                                   |                   |  |
| <b>由<br/>接<br/>受<br/>实<br/>习<br/>人<br/>员<br/>院<br/>校<br/>填<br/>写</b> | 姓名:<br>Name:  | Family / Last name<br>Middle name | First name        |  |
|  | 地区 / Region:  | 有效身份证件名称和号码 / ID No:              |                   |  |
|  | 性别 / Sex:<br>male [ ] female [ ]                    | 出生日期:<br>Date of Birth:           | 年 月 日<br>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<br>Duration: From y. m. to y. m. |                                   |                   |  |
|  | <b>接受院校<br/>签字盖章</b>                                | 年 月 日                             |                   |  |
|  | <b>省级卫生 / 中医<br/>药行政主管部门<br/>签字盖章</b>               | 年 月 日                             |                   |  |
| <b>备注</b>  |   |                                   |                   |  |

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<br>接<br>受<br>实<br>习<br>人<br>员<br>院<br>校<br>填<br>写 | 姓名:<br>Name:   | Family/Last name<br>Middle name                                    | First name               |  |
|   | 地区/Region:   | 有效身份证件名称和号码/ID No:   |                          |  |
|   | 性别/sex:<br>male[ ]                      female[ ]  | 出生日期:<br>Date of Birth:  | 年<br>y.                  | 月<br>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<br>Duration: From            y.            m. to            y.            m.   |  |                          |  |
|   | 接 收 院 校<br>签 字 盖 章   | Authorized by:<br><br>(印章/Seal)<br><br>年            月            日 |                          | 申请人签字:<br>Signature of Applicant:<br><br>年            月            日<br>y.            m.            d. |
| 省 级 卫 生 /<br>中 医 药 行 政<br>主 管 部 门 签<br>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。<br>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。<br>Note:<br>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.<br>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

|   |  |  |  |         |
|---|--|--|--|---------|
| <b>No:</b>  | <b>接受院校/Host Institution:</b>  |  |  |         |
| 由<br>接<br>受<br>实<br>习<br>人<br>员<br>院<br>校<br>填<br>写 | 姓名:<br>Name:   | Family/Last name<br>Middle name                                    | First name   |         |
|   | 地区/Region:   | 有效身份证件名称和号码/ID No:   |  |         |
|   | 性别/sex:<br>male[ ]                      female[ ]  | 出生日期:<br>Date of Birth:  | 年<br>y.  | 月<br>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<br>Duration: From            y.            m. to            y.            m. |  |  |         |
|   | 接 收 院 校<br>签 字 盖 章   | Authorized by:<br><br>(印章/Seal)<br><br>年            月            日 | 申请人签字:<br>Signature of Applicant:<br><br>年            月            日<br>y.            m.            d. |         |
| 省 级 卫 生 /<br>中 医 药 行 政<br>主 管 部 门 签<br>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

|                                 |  |                               |                         |                          |   |                                   |                     |
|---------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------|--------------------------|---|-----------------------------------|---------------------|
| <b>No:</b>                      |  | <b>接受院校/Host Institution:</b> |                         |                          |   |                                   |                     |
| 由接受实习人员院校填写                     | 姓名:<br>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:<br>male[ ]                      female[ ]  |                               | 出生日期:<br>Date of Birth: |                          | 年<br>y.                                       | 月<br>m.                           | 日<br>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<br>Duration: From        y.        m. to        y.        m. |                               |                         |                          |   |                                   |                     |
|                                 | 接收院校<br>签字盖章   |                               | Authorized by:          |                          |   | 申请人签字:<br>Signature of Applicant: |                     |
| (印章/Seal)                       |  |                               |                         |                          |   |                                   |                     |
|                                 |  | 年        月        日           |                         |                          | 年        月        日<br>y.        m.        d. |                                   |                     |
| 省级卫生 /<br>中医药行政<br>主管部门签<br>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