2018年度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2017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： | |