茂 名 市 卫 生 健 康 局



茂卫函〔2023〕6 号

关于做好 2023 年我市医师资格考试报名 等有关工作的通知

各区、县级市卫生健康局，滨海新区社会事务局、高新区政 法和社会事务局，市发证各医疗机构，市疾控中心、市卫生 监督所、市中心血站、市健康教育所、茂名农垦局卫生科：

2023 年国家医师资格考试报名即将开始，为做好我市医 师资格考试报名有关工作，根据《国家卫生健康委员会医师 资格考试委员会公告》( 2023 年第 1 号 ) 和省医考办《关于 做好 2023 年我省医师资格考试报名等有关工作的通知》(粤 医考办〔2023〕1 号 ) 有关要求，结合我市实际情况，现就 我市 2023 年医师资格考试报名有关工作通知如下，请一并 贯彻执行。

一、考生报名相关事项

我省继续使用医师资格考试考生报名暨资格审核信息 系统，考生应按照考点指定时间完成报名费缴纳及报名点指 定时间完成现场确认，请各报名点 ( 附件 10) 务必将本通知

传达到本地本单位所有考生，指导所辖区 (单位) 内考生做 好报名相关工作， 以免错失今年报名时机。

(一) 网上报名

考生须于 2023 年 2 月 1 日至 2 月 15 日在国家医学考试 网 ( https://www.nmec.org.cn/，下称国家网 ) 进行网上报 名，考生应根据试用机构所在地市选择报名考点。报名成功 后打印《报名成功通知单》，凭《报名成功通知单》到报名 点进行现场资格审核。2022 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，2023 年网上报名并资格审核通过后，可直接参加医学综 合考试。

考生须于 2023 年 2 月 1 日-3 月 5 日登陆医师资格考试 广 东 考 区 报 名 暨 资 格 审 核 管 理 平 台 ( 网 址 ： <http://jy.gdwsrc.net/>，下称省网 ) ，填写个人基本报名 信息，并在该系统上传所需报名材料原件彩色扫描件 (单个 扫描件大小应为 50kb-120kb，或可拍照上传，但需保证清晰 可辨认，不接受复印件上传) ，对不符合要求 (例如：扫描 件不清晰、缺项、上传错误等) 的，将作审核不合格处理。 完成材料提交后打印《医师资格考试广东考区考生报名材料 清单》并手写签名。现场审核期间内，考生应按规定提交纸 质报名材料。报名参加 2023 年度我省医师资格考试的人员， 所有报名材料年限均截至 2023 年 2 月 28 日。报名点审核结 束提交考点后，考点不受理资料补充或修改。

如在省网上报名过程中遇到技术问题，请联系广东省医 学学术交流中心(省医学情报研究所 )，电话：020-81906047。 考生完成国家网和省网的报名后，提交纸质材料的现场审核 时间为 2023 年 2 月 20 日-3 月 5 日，主要审核考生提交材料 的真实性、有效性、准确性和完整性，重点审核考生的身份 证明、报考学历、所学专业、学制、学习形式、试用机构及 试用岗位、报考类别、注册年限 (执助报考执业) 等信息与 网报信息是否一致，若有错误应及时在国家网及省网中进行 修改或完善，核验信息无误后，由报名点在国家网打印《医 师资格考试报名暨授予医师资格申请表》，考生手写签名确 认，信息一经签字确认不得更改。该信息将用于医师执业注 册管理，因考生个人原因导致信息填报错误影响考试或医师 执业注册的，后果自负。

不作为报名点的其他市发证医疗机构，市疾控中心、市 中心血站、市健康教育所，接收本单位考生的报名相关材料， 单位盖章后由单位负责医考的工作人员统一报送到市直报 名点进行现场审核，受理地点：茂名市卫生监督所监督四科 (茂名市迎宾四路 152 号 4 楼 405 室 ) ，考生所有报考材料 应一次性提交，材料不完整的不予受理。考点不接受考生个 人前来考点办公室报名和现场审核。

(二) 缴费事宜

考生报名费于考点审核通过后在省网缴纳，缴费时间为 3 月 18 -23 日。未缴费者视为放弃报考， 已缴费但资格审核

未能通过者将在考区审核结束后原路退回缴纳费用。

二、工作要求

2023 年医师资格考试报名资格审核标准仍按《医师资格 考试报名资格规定 (2014 版)》执行。

考生报名材料收取及核验按省考区办公室《关于做好 2022 年我省医师资格考试报名等有关工作的通知》(粤医考 办〔2022〕1 号 ) 要求执行。

国家网及省网系统中，各报名点 (单位) 请及时做好网 上报名资格审核信息核对及提交等有关工作，数据提交时间 将于 3 月 5 日截止。请各报名点做好相关报考工作准备，并 及时通知考生。严格按照报名条件提交并做好报名材料整理 装订( 附件 1 )，收取考生纸质报名材料存档备查，不需上送。

考点审核工作时间从 2023 年 2 月 20 日开始，期间安排 各报名点 (单位) 参加审核会。请各报名点 (单位) 派出负 责医考工作人员参加审核,审核期间不能随便请假,报名及 审核考生报名资格过程中有任何问题请及时向市考点办公 室反映。联系人：杨皓梅，联系电话：3939685。(考点另行 电话通知具体审核日期和地点)

三、短线医学专业加试

我省在儿科岗位工作，需要申请短线医学专业加试的临 床类别执业医师考生可在国家网网上报名时自行选择 “儿 科”加试，并在现场审核时提交《2022 年医师资格考试短线 医学专业加试申请表》 ( 附件 3 ) 。

加试须由考生本人提出申请，并作出承诺，签订协议， 经公示后方能通过加试获得执业医师资格。

通过加试成绩计入总成绩才能达到当年临床类别执业 医师全国统一合格线的考生，其获得的相应类别执业医师资 格和执业证书须标注 “儿科”字样，限定在儿科专业岗位注 册。

四、信息验证及报名备案事宜

考生学历信息验证及报名备案等有关事宜，参照《关于 做好 2013 年医师资格考试报名及考生报名材料审核等工作 的通知》(粤卫办函〔2013〕64 号 ) 执行。 以广东省内中等 专业学校学历或经广东省教育厅核验的省外中等专业学校 学历报考执业助理医师级别的人员，由报名点填报《待核验 人员信息表》( 附件 2 ) 交考点办公室，考点办公室汇总报请 考区核验。

确因特殊原因未在规定时间内备案的，应由试用单位书 面陈述未予备案的原因，或试用期间变更试用单位的，同时 提交当前试用单位 2022 年 10 月-2023 年 2 月期间为考生缴 纳社保的凭证原件，并由社保部门加具业务专用章。缴纳社 保单位应与当前试用单位一致。

未按《关于做好医师资格考试报名备案工作的通知》(粤 卫办函〔2013〕303 号 ) 要求办理备案手续，也不能提交试 用单位缴纳社保凭证的人员，由考点负责核实考生的试用情 况，所在工作单位应向考点提交相关人员工资发放、在本单

位工作期间开具处方、考核等具体凭证，经考点审核确认并 在相应医疗机构公示相关人员名单 5 个工作日后，经考点核 实确符合报考条件的，考点统一填报《未备案但考点确认符 合试用期规定考生花名册》，考生提交花名册个人信息页。

五、相关材料核验

当年毕业的研究生应在报考时提交《当年毕业研究生完 成实践训练并考核合格证明》( 附件 8 ) 并于 2023 年医学综 合笔试前提交毕业证和学位证到考点办公室进行核验。

应届医学专业毕业生、助理医师报考执业医师但注册时 间在报名时未满相应年限的考生应在报考时提交《医师资格 考试报考承诺书》( 附件 9 )，并于 2023 年医学综合笔试前提 交后续试用累计满一年的《医师资格考试试用期考核证明》 ( 附件 4 ) 或《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》 ( 附件 5 ) 到考点办公室。

考生报名具体事宜可咨询报名所在地报名点办公室。

六、实践技能考试集中事宜

2016 年起我市的口腔、公共卫生类别考生的实践技能考 试统一安排在广州实施，2021 年起我市的临床、中医类别考 生的实践技能考试统一安排在湛江实施。

附件：1.2023 年医师资格考试考生报名材料整理装订要求

2.待核人员信息表

3.2023 年医师资格考试短线医学专业加试申请表

4.医师资格考试试用期考核证明 5.执业助理医师报考执业医师执业期考核证明 6.乡村全科执业助理医师报考人员在岗声明 7.报考乡村全科执业助理医师知情同意书 ( 2023

年版)

8. 当年毕业研究生完成实践训练并考核合格证明 9.医师资格考试报考承诺书 10.茂名市医师资格考试报名点 (单位) 咨询电话

茂名市卫生健康局

2023 年 2 月 1 日

附件 1

2023 年医师资格考试考生报名材料 整理装订要求

材料上传要 求： 原件彩 色扫描件 ( 单 个扫描件 大 小应为 50kb-120kb，可拍照上传，但需保证清晰可辨认，不接受复印件扫描 上传 )。

考生完成材料提交后打印《医师资格考试广东考区考生报名材料 清单》并手写签名，现场审核时与纸质报名材料一并提交到报名点。

一、报名材料提交要求 (一) 直接报考执业医师或执业助理医师 (非助升师) 的考生， 提交以下材料：

封面页：《医师资格考试广东考区考生报名材料清单》

说明：应在广东省医师资格考试考生报名暨资格审核信息系统 ( 网址： <https://jy.gdwsrc.net> ) 打印，并由考生本人手写签名确认。

第 **1** 页：《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》

说明： 1 、考生上传的照片须为符合要求的免冠证件照 (6 个月内小 2 寸白 底证件照，文件小于 40kb，格式jpg)。

2 、考生本人必须在“本人承诺”栏和是否申请授予医师资格栏亲笔签 名并填写日期。

3 、该表中各信息点内容应与其他报考材料保持一致，毕业院校名称 必须与毕业证书上加盖的公章一致。

4 、 申请表不得手写涂改。有信息修改需求时应于现场审核时由审核 人员在《医师资格考试考务管理信息系统》( 国家网) 中修改并重 新打印， 由考生本人签名确认。

*第****1*** *页背面*：考生本人毕业证书复印件

(请复印在《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》原件背面)

说明：1 、毕业证书复印件内容须与《医师资格考试报名暨授予医师资格申 请表》所有对应信息一致，如毕业学校名称、专业名称、入学及 毕业时间等，毕业学校名称应与证书公章一致。

2 、 以研究生学历报考的，应同时提供学位证书。

3 、报考学历的学制显示为分段培养的，各阶段学历均应提交。

4 、持《中专自考毕业证书》报考的，应同时提交毕业学校出具的相 同时间段的毕业证书或学习证明书。

5 、持军队学历报考的地方考生应同时提交以下材料：

5. 1 入学时为军人身份的复员或转业、退伍军人，应提交复员证、 转业证、退伍证复印件；

5.2 军队学历为大专及以下学历，且毕业证书上无地方教育部门 钢印的，应提交原入学时省级教育行政部门已审核过的招生计划；

5.3 军队学历为本科及以上学历的，应提交《教育部学历证书电 子注册备案表》或教育部学历认证中心出具的《学历验证证明》。

第 **2** 页：学历鉴定相关证明材料 (打印件或复印件)

说明：1 、持高等学校医学专业专科以上学历报考的，提交《教育部学历证 书电子注册备案表》(打印件) 或《中国高等教育学历认证报告》 (复印件 )。

2 、持中等专业学校医学专业学历报考的，提交可核验的学校所在地 省级或以上教育行政部门出具的鉴定。

2. 1 广东省人员持外省中专学历报考的，应同时提供省级或以上 教育行政部门招生批文。

2.2 持 2018 年起毕业的广东省中等专业学校医学专业学历报考或 持考取助理医师资格的中等医学专业学历报考执业医师资格的可 免提交学历鉴定。

3 、所持的报考学历为分段培养学历的，各阶段学历均应附有《教育 部学历证书电子注册备案表》打印件/《中国高等教育学历认证报 告》复印件 (高等学校学历) 或者上一项要求材料 ( 中等专业学 校学历 )。

4 、 中国公民持境外学历报考的，应提交教育部留学服务中心《国外 学历学位认证书》复印件。

注：提交的《教育部学历证书电子注册备案表》应保证在 3 月 31 日前为可 在线验证状态。

第 **3** 页：考生本人有效身份证明复印件

说明：1 、本人有效身份证明包括：大陆公民的第二代居民身份证、军官证、

文职干部证，外籍人员的护照， 台、港、澳考生来往大陆的有效 证件及大陆居住证 (不含户口本)。

2 、港澳台考生须同时提交其在港澳台本地的身份证复印件。

3 、有效身份证明必须在有效期内。

4 、报名期间身份证遗失的，可以“临时身份证明” (应含考生相片) 代替。

第 **4** 页：试用机构出具的《试用期考核合格证明》(统一格式，附件**4**)

说明：1 、该考核合格证明上所盖公章必须为医疗机构 (非医疗机构内设部 门 ) 公章，名称应与《医疗机构执业许可证》上第一名称一致。

2 、该考核合格证明的试用机构公章必须与《医师资格考试报名暨授 予医师资格申请表》上的试用单位名称一致。

3、试用期间变更试用单位的 (含省内变更、省外变更至我省)，各阶 段试用单位均应出具《试用期考核合格证明》。

4 、必须严格按照表格要求完整填写，试用截止时间应与报名材料提 交时间一致。

(二) 报考乡村全科执业助理医师的考生，除封面页、第 1-4 页 材料外，还需提交以下第 5-9 页材料：

第 **5** 页：试用单位的《医疗机构执业许可证》 副本首页 ( 医疗机构登记注册信

息页) 复印件，多个试用单位的，应同时提交

说明：1 、考生试用期间该试用单位《医疗机构执业许可证》必须在有效期 内。

2 、试用单位必须有与考生报考类别一致的诊疗科目。

第 **6** 页：由所在乡镇卫生院或卫生室盖章的《报考人员在岗声明》(省统一格式， 附件 **6**)

说明：1 、该声明由考生本人填写，并由所在乡镇卫生院或村卫生室盖章确 认。

2 、该声明上所盖乡镇卫生院或村卫生室公章名称应与《医疗机构执 业许可证》上第一名称和《医师资格考试报名暨授予医师资格申 请表》上的试用单位名称一致。

第 **7** 页：报考人员与乡镇卫生院或村卫生室签订的合同复印件。

说明：1 、报考人员是该乡镇卫生院正式在编人员的，提交的合同应为人事 部门规定统一格式的《聘用合同》；

2 、报考人员是该乡镇卫生院非正式在编聘用人员的，提交的合同应 为劳动部门规定统一格式的《劳动合同》。

第 **8** 页 (选交)：报考人员是该乡镇卫生院或村卫生室正式在编人员的，还应同 时提交人事档案管理部门出具的关于其为该乡镇卫生院或村 卫生室正式在编人员的有关证明材料。

第 **9** 页：考生、所在乡镇卫生院或村卫生室共同签署的，且经县卫生局盖章认 可的《知情同意书》(全省统一格式，附件**7**)。

说明：1 、考生和乡镇卫生院或村卫生室法定代表人应亲笔手写签名。

2 、加盖的乡镇卫生院或村卫生室公章名称应与《医疗机构执业许可 证》上第一名称和《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上的试用单位名 称一致。

(三) 执业助理医师申报执业医师资格考试的考生，除封面页、 第 1-4 页材料外，还需提交以下第 5-8 页材料：

第 **5** 页：《助理医师报考执业医师执业时间及考核合格证明》(统一格式，附件**5**)

说明：1、填写该考核合格证明的医疗机构应与填写《试用期考核合格证明》 的医疗机构一致。

2、试用期间变更试用单位的 (含省内变更、省外变更至我省)，各阶 段试用单位均应出具《助理医师报考执业医师执业期考核合格证 明》，该考核合格证明上所盖公章必须为医疗机构 (非医疗机构 内设部门) 公章，名称应与《医疗机构执业许可证》上第一名称 一致。。

第 **6** 页：执业助理医师《医师资格证书》复印件

说明：本次报考的类别应与原执业助理医师《医师资格证书》类别一致。

第 **7** 页：执业助理医师《医师执业证书》复印件

说明：《医师执业证书》 中的执业地点必须与《医师资格考试报名暨授予医 师资格申请表》、《试用期考核合格证明》上的试用单位一致。

第 **8** 页：执业期间涉及多个试用单位的，应同时提交相应试用单位的《医疗机

构执业许可证》副本首页 ( 医疗机构登记注册信息页) 复印件，

说明：1 、考生试用期间该试用单位《医疗机构执业许可证》必须在有效期 内。

2 、试用单位必须有与考生报考类别一致的诊疗科目。

(四) 部分考生需补充提交以下材料：

第 **10** 页：试用单位为不设床位的医疗机构的 (如诊所、 门诊部、社区卫生服务

站等)，还应提交第一执业地点为该试用单位，且类别一致的带教医师 (执业医师级别) 的医师执业证书复印件。

第 **11** 页：报考所需的其他材料 (如转正证明、出生日期不符证明、加试申请表、 备案补充材料等)。

说明：1 、报考材料中出生日期前后不一致者需开具身份证发证机关或毕业 学校 (非学校内设部门) 出具的证明属同一人的证明材料。

2 、 当年毕业的研究生和长学制学生在学期间报考时应提交学校 ( 非 学校内设部门) 出具的具有 1 年临床实习经历的证明， 内容包括 所学医学专业。

3 、 当年毕业的研究生可自行选择在学校所在地，或实习单位所在 地报考，提交《应届毕业研究生完成实践训练并考核合格证明》。

4、当年毕业的研究生报名参加考试应同时提交学生证信息页复印件。

5 、颁发考生毕业证书的中等专业学校和高等学校应符合教育行政部 门关于办学资质的要求，与有关文件精神不符的，应提交省级教育 行政部门的批准文件或证明材料。

6 、应届医学专业毕业生提交《医师资格考试报考承诺书》。

7 、2023 年医师资格考试短线医学专业加试申请表。

8 、确因特殊原因未在规定时间内备案的，应由试用单位书面陈述未 予备案的原因，或试用期间变更试用单位的， 同时提交当前试用 单位 2022 年 10 月-2023 年 2 月期间为考生缴纳社保的凭证原件， 并由社保部门加具业务专用章。缴纳社保单位应与当前试用单位 一致。

9 、未按《关于做好医师资格考试报名备案工作的通知》(粤卫办函 〔2013〕303 号 ) 要求办理备案手续，也不能提交试用单位缴纳

社保凭证的人员，各地级以上市考点负责核实考生的试用情况， 由所在工作单位向考点提交相关人员工资发放、在本单位工作期 间开具处方、考核等具体凭证，经考点审核确认并在相应医疗机 构公示相关人员名单 5 个工作日后，经考点核实确符合报考条件 的，考点统一填报《未备案但考点确认符合试用期规定考生花名 册》，考生提交《花名册》个人信息页。

10 、 台湾、香港、澳门居民及外籍人员试用单位为省内医疗机构的， 须提交经省级卫生行政部门备案的《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《外籍人员参加国家医师 资格考试实习申请审核表》个人联。

二、报名材料整理及装订要求

( 一 ) 每份考生报名材料应按上述顺序排列并装订成册，规格为A4 纸。

( 二 ) 报名材料中所有复印件均由考点负责核验原件，并加盖考点公章。复 印件上的相片、 印章、字符等必须与原件一致，完整且清晰可辨。

( 三 )军队考生须由团级以上单位政治机关干部部门、后勤机关卫生部门审 核同意,并加盖公章。

附件 2

考点：(盖章 )

待核验人员信息表

填表人： 时间：2023 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序 号 | 姓名 | 身份证号码 | 毕业学校 | 毕业专业 | 毕业证编码 | 入学  时间 | 毕业  时间 | 省教育厅  鉴定编号 | 鉴定时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件 3

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 | 儿科 | | | | |
| 考生承诺 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 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。  考生签名：  日 期： | | | | | |
| 单位审核：  单位盖章：  负责人签名： | | | 考点审核：  单位盖章：  负责人签名： | | |

附件 4

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 | 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。  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.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 5

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 | 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。  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.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

乡村全科执业助理医师报考人员在岗声明

本人于 2022 年 8 月前进入 乡镇 卫生院/村卫生室工作，目前是该卫生院/卫生室的在岗人员， 工作地点是 (填写乡镇卫生 院/村卫生室的《医疗机构执业许可证》中核准的执业地点)。

特此声明:如上述声明内容与事实不符, 自愿承担由此产 生的一切后果及责任。

考生本人手写签名：

日期： 年 月 日

-----------------------------------------------------------------------------

----

考生以上声明属实。

所在乡镇卫生院/村卫生室 (盖章)：

法定代表人签名：

日期： 年 月 日

附件 7

报考乡村全科执业助理医师知情同意书(2023 年版)

本人已认真阅读了开展乡村全科执业助理医师资格考 试试点工作的相关文件,并已了解以下情况：

一、 乡村全科执业助理医师资格考试条件、考试安排和 管理政策。

二、 当年不能同时报考全国医师资格考试其他类别考 试。

三、乡村全科执业助理医师执业地点限定为报名所在乡 镇卫生院或村卫生室。

四、文件中的其他内容。

本人将严格遵守文件相关规定，如有违反，本人愿意承 担相应的责任并接受相应处理，欢迎社会各界人士监督。

考生手写签名：

日期：

所在县卫生局、乡镇卫生院或村卫生室盖章确认已履行告知 义务，并承诺该考生符合乡村全科执业助理医师资格考试试点 工作相关文件规定的报名条件。

所在单位 (盖章)

法定代表人签名：

日期：

所在县卫生局 (盖章)

负责人签名：

日期：

本知情同意书一式叁份，一份报名用，一份所在乡镇卫生院或村卫生室保管，一份县卫生局 存档。

附件 8

当年毕业研究生完成实践训练并考核合格证明

我校 级 系 专业 (硕士/ 博士) 研究生 已于 年 月至 年 月在. 进行临床实践训练 (或公共卫生实践) 并考核合格。该生将于今年 月 毕 业 ， 并 将 授 予 毕 业 证 和 学 位 证 ， 其 所 取 得 的 学 位 为 ( 专业学位/科学学位 )。

特此证明。

盖章：

年 月 日

附件 9

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/执业将满 年。

本人承诺将于今年医学综合笔试前，将

□研究生学历毕业证书和学位证书

□后续试用累计满一年的《医师资格考试试用期考核证 明》

□后续执业累计满 年的《执业助理医师报考执业医师 执业期考核证明》

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：

有效身份证明号码：

手机号码:

年 月 日

附件 10

茂名市各报名点 (单位) 咨询电话

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 报名点 (单位) | 咨询电话 |
| 1 | 茂名市市直报名点 | 0668-3939685 |
| 2 | 茂南区卫生健康局 | 0668-3919318 |
| 3 | 电白区卫生健康局 | 0668-5110013 |
| 4 | 信宜市卫生健康局 | 0668-8893992 |
| 5 | 高州市卫生健康局 | 0668-6667441 |
| 6 | 化州市卫生健康局 | 0668-7229706 |
| 7 | 滨海新区 | 0668-5331039 |
| 8 | 高新区 | 0668-2635838 |
| 9 | 茂名市人民医院 | 0668-2922732 |
| 10 | 茂名市中医院 | 0668-2286049 |
| 11 | 茂名市妇幼保健院 | 0668-2921509 |
| 12 | 茂名市慢性病防治中心 | 0668-2190363 |
| 13 | 茂名市职业病防治院 | 0668-2155908 |
| 14 | 茂名市第三人民医院 | 0668-6622472 |
| 15 | 茂名石化医院 | 0668-2179073 |
| 16 | 广东省茂名农垦医院 | 0668-6600089 |