**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 口 儿科 口 | | | | |
| 考生承诺  1.本人自愿申请参加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： | |