

2024年达州考点医师资格考试报名 线上审核和现场审核公告

根据四川省医师资格考试考区办公室《关于做好2024年医师资格考试考务工作的通知》(川医考发〔2024〕1号),结合我市实际,现就达州考点2024年医师资格考试报名线上审核和现场审核有关事项公告如下:

一、现场确认时间

(一)线上审核。达州考点线上审核时间为2024年2月18日-2月21日,线上审核期间,考生需积极配合考点完善相关资料。

(二)现场审核。达州考点现场确认时间为2024年2月22日-3月5日,所有报考考生(包括实践技能考试免试考生)需携带相关报名资料原件到报名考点进行现场审核,主要对网上报名的考生进行本人照片采集和报名资料的真实性进行审核。具体时间安排如下:

市级、通川区: 2月22日-24日

达川区、高新区、东部经开区:

2月25日-26日

大竹县: 2月27日-28日

渠县: 2月29日-3月1日

宣汉县: 3月2日-3日

开江县、万源市: 3月4日-5日

二、现场审核地点

达州市中西医结合医院，地址：通川区龙泉路1号，市中西医结合医院国家中医医师资格实践技能考试基地大楼4楼，考生须现场确认后才能完成报名。

三、考生现场确认时须提交材料

1.《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》一式两份。

2.本人有效身份证件复印件。本人有效身份证件（有效期内）包括第二代居民身份证、临时身份证；港澳台居民居住证或通行证（港澳台考生）、护照（外籍考生）。

3.考生毕业证复印件（专科及以上学历需要同时提供《教育部学历证电子注册备案表》或国家教育行政部门指定的高等教育学历认证机构出具的《中国高等教育学历认证报告》），学历查询码有效期至3月31日，《教育部学历证书电子注册备案表》需考点审核人员签字确认。

4.考生试用（或实习）机构出具的《医师资格考试试用期考核证明》，港澳台和外籍考生还须提交《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《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

5.执业助理医师申请执业医师考试的，须提交《执业助理医师资格证书》复印件、《医师执业证书》复印件、执业时间和考核合格证明（变更注册地点的需要提供首次注册证明，执业时间应连续不间断）。

6.考生须提供所在单位《医疗机构执业许可证》副本复

印件，注意是“副本”（正本无效），三级甲等医院和各级疾控中心除外。非现役军人在部队医院试用或执业的，须提供军队医疗机构对外服务许可证复印件。中医备案诊所提供《中医诊所备案证》复印件。（以上六项资料按照此顺序装订整齐，复印件要完整、清楚，提交的复印件，一律使用A4，其原件均有所在的医疗机构及区、县卫生健康局、考点核验，并在复印件上加盖所在医疗机构公章）。

7.应届毕业生还须填写《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》。

8.原则上不接收省外中专报名（如报考须提供学籍证明材料和招生文件）。凡中专学历报考的考区复审时统一复核中专学历，有需要提供时再通知。

9.部队现役考生统一使用身份证报名，提供身份证复印件同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。军队考生网上不上传报考资料，现场审核资料同2023年。

10.短线加试考生还需提交《2024年医师资格考试短线医学专业加试申请表》，考区资格审核结束后，考点需向考区提交《2024年医师资格考试短线医学专业加试考生信息汇总表》（参照2015年）。

11.参加乡村全科执业助理医师考试的考生还需提交已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年的证明，证明需所在单位法人签字并加盖公章，助理报考执业医师的，须按报考助理时的学历类别报考相应类别的执业医师一致。

12.报考中医类别传统医学师承或确有专长医师资格考

试的，还须提交四川省中药管理局颁发的《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

四、网上缴费

报名资格通过审核的考生网上缴纳技能考试考试费起止时间为2024年4月5日至4月9日。实践技能考试成绩合格及实践技能考试免试的考生网上缴纳医学综合考试(一试)考试费起止时间为2024年7月5日至7月9日。

附件: 1. 医师资格考试试用期考核证明

2. 执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

3. 应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

4. 研究生参加医师资格考试报考承诺书

5. 2024年医师资格考试短线医学专业加试申请表

附件 1

医师资格考试试用期考核证明

报名编号：

| | | | | | |
|------------------------|--|--------------|-------|----------------------------|--------|
| 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 | | | |
| 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 | 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. 本表栏目空间不够填写，可另附页。

附件 3

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:

有效身份证明号码:

手机号码:

年 月 日

附件 4

研究生参加医师资格考试报考承诺书

本人于_____年____月____日就读于_____学校_____专业。自_____年____月起，在_____单位实践，至_____年____月累计实践时间将满一年。

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:

有效身份证明号码:

手机号码:

年 月 日

附件 5

2024 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 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/> | | |
| 考生承诺 | | | |
| <p>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。</p> <p>2. 本人获得医师资格后，限定在加试内容所对应岗位工作。</p> <p>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。</p> <p>4. 以上个人申报信息真实、准确、有效。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">考生签字：</p> <p style="text-align: center;">日 期：</p> | | | |
| 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： | |