

关于开展 2020 年医师资格考试 现场审核工作的通知(讨论稿)

各考点：

受新冠肺炎疫情影响，根据《国家卫生健康委医师资格考试委员会办公室关于延期开展 2020 年医师资格考试报名现场审核工作的通知》（国卫医考委办函〔2020〕5 号）文件精神，我省考区现场审核工作已延迟两个月时间。目前我省大部分地区疫情防控工作已取得阶段性胜利，现通知各地各单位可根据当地实际分批次开展考点现场审核工作。为确保疫情期间审核工作安全有序进行，现提出以下工作要求：

一、现场审核防疫工作要求

（一）考点应采取适当形式公布本级现场审核工作安排，包括审核时间、审核地点、提交材料、缴费方式、联系方式等相关信息，方便考生提前准备。在安排现场审核之前应做好疫情防控评估，经同级卫生健康委行政部门同意后方可开展工作。做好工作方案及防控预案，合理安排，错峰开展，最大限度的减少人员聚集，实施方案报考区备案。

（二）考生若有发热、咳嗽等上呼吸道感染症状，禁止参加现场审核，可将报名材料委托所在医疗机构相关负责人

帶到现场审核地点。

(三) 考生在现场审核确认时，必须无条件配合当地防疫工作。

二、考生材料归类工作要求

考生相关证件复印件由考点留存。考点给考区提交材料时，除身份证和其他不要求提供原件的材料提交复印件外，其他证件、表格等必须提供原件。考点提交材料时请按以下顺序装订。

(一) 医师资格考试网上报名成功通知单(附件1)(A4普通纸打印，审核后考生个人保存)。

(二) 医师资格考试报名暨授予医师资格申请表(A4普通纸打印)(附件2)(考点现场确认打印后考生确认签字、单位领导签字盖公章后提交考区)。

(三) 本人有效身份证明原件及复印件(正反面复印在一张A4纸上)。本人有效身份证件包括第二代居民身份证、临时身份证、军官证、警官证、文职干部、士兵证、军队学员证；台港澳居民往来大陆通行证和身份证(台、港、澳考生)、护照(外籍考生)(考点审核后提交考区复印件，原件考生保存)。

(四) 毕业证书原件及复印件，港澳台学历考生还须提交教育部留学认证中心出具的《港澳台学历学位认证书》，国外学历考生还须提交教育部留学认证中心出具的《国外学历学位认证书》，同时提供对方国家或地区能够报考医师资格考试的相应证明；大专及以上学历(2001年及以后入学的)

还需提供学信网下载打印的《教育部学历证书电子注册备案表》(自发文之日起有效期2个月以上);本省中专学历考生还需提供甘肃职业教育信息网 www.gszjxx.cn 上下载打印的学籍信息,该网上没有学籍信息的考生,需提交省教育厅出具的《学历认证报告》,外省中专学历考生,一律要求提供省教育厅出具的《学历认证报告》。

(五) 执业助理医师申报执业医师考试的, 还须提交执业助理医师资格证书、执业证书原件及复印件。

(六) 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》(附件3)或《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》(附件4),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》(附件5)或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》(附件6)(期间变更过几次执业地点的需提供每个执业地点的考核证明,并要求填带教老师的证书号;如考生执业证丢失或在执业注册过程中有变更记录,导致注册时间不满足报考年限的,须提供首次执业注册证明)。

(七) 工作单位是医疗机构的, 还须提交该机构《医疗机构执业许可证》副本复印件并盖公章。

(八) 带教老师执业证书复印件盖所在单位公章。

(九) 报考传统医学师承或确有专长人员, 需提交《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》原件及复印件。

(十) 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》(附件7)。

(十一) 部队现役考生须提供军队相关身份证明原件及复印件,同时出具团级以上政治部门同意报考的证明。

(十二) 参加短线加试的考生需提交《2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表》(一式两份)(附件8)。

三、材料审核要求

考区由省卫生健康委人才服务中心组织完成全省2020年国家医师资格考试报名资格审核条件政策培训后,再开展现场审核工作。各考点要注意以下几方面:

(一) 考生网上填报信息必须与纸质材料一致。所提供表格中凡须领导签字或本人签字、所在单位盖章缺一不可,否则考区终审时不予受理。

(二) 试用期考核证明截止时间为2020年8月21日,如本科应届毕业生截止2020年8月21日试用期满1年的,可以报考本年度执业医师资格考试。

(三) 试用期考核时间累计满1年即可。

(四) 取得执业助理医师资格证报考执业医师资格考试的,其执业证注册地点要与报考单位一致。截止2020年8月21日,大专学历从业时间满2年、中专学历从业时间满5年,可以报考。

四、缴费标准及方式(待定)

五、现场审核时限要求

(一) 各考点根据当地实际,合理安排考生分批次到指定地点进行现场审核,各考点可于4月22日起实施现场审

核工作，在 5 月 15 日前完成考点审核工作。

（二）考点完成现场审核后，考区将结合 2020 年考场评估备案和实践技能考试基地调研工作，分组赴各市州开展考区审核工作，具体时间另行通知。

（三）其他原因导致审核工作不能正常进行的，考点须及时与省卫生健康委人才服务中心医考科联系，联系电话 0931-8677175。

- 附件：1. 医师资格考试网上报名成功通知单
2. 医师资格考试报名暨授予医师资格申请表
3. 医师资格考试试用期考核证明
4. 执业助理医师报考执业医师执业期考核证明
5. 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
6. 外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表
7. 应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书
8. 2020 年医师资格考试短线医学专业加试申请表

甘肃省卫生健康委员会医师资格领导小组办公室

2020 年 4 月 21 日

附件1

医师资格考试网上报名成功通知单



考区代码	考点代码	类别	加试科目	序号号
考区：	考点：			
姓名：	性别：			
证件类型：	民族：			

证件编号:	出生日期:	
国籍:	学习形式:	
报考学历:	学制:	
毕业学校:		
毕业专业:		
毕业年月:	毕业证书编号:	
在岗情况:	工作单位所在行政区域:	
工作单位名称:		
<p>重要提示:</p> <p>1.请考生确认所持身份证件在考试期间有效。</p> <p>2.请考生认真填写邮箱信息，确保以后可以通过邮箱找回密码。</p> <p>3.资格审核前，因需要修改报名信息，修改后务必重新报名并打印此通知单。</p> <p>4.资格审核通过后，不能修改报名信息。</p>		

附件2

医师资格考试报名暨授予医师资格申请表

考区代码	考点代码	类别	加试科目	序列号
考区:		考点:		
姓名:		性别:		
证件类型:		民族:		
证件编号:		出生日期:		
国籍:		累计报考次数:		
报考学历:	学制:	学习形式:		
毕业学校:				
毕业专业:				
毕业年月:		毕业证书编号:		
在岗情况:		工作单位所在行政区域:		
工作单位名称:		单位隶属:		
本人身份:		现役军人:		
联系地址:				
邮编编码:		单位电话:		
家庭电话:		手机:		
证书类型:				
执业助理医师资格获得证书年月:		执业助理医师资格证书编码:		
执业助理医师注册年月:		执业助理医师执业证书编码:		
如考试成绩合格是否申请授予所报考的医师资格: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
				本人签字: 年 月 日
本人承诺:				
1.以上所填报信息全部真实准确,信息不再进行修改。				
2.所持身份证件在考试期间有效。				
3.了解并遵守《医师资格考试违纪违规处理规定》。				
				本人签字: 年 月 日
考点审核意见:		考区审核意见:		
审核人签名: 考点负责人签		审核人签名:		
名: 考点盖章: 年 月 日		考区盖章: 年 月 日		

注:考试合格考生填写的本表连同省级卫生行政部门授予医师资格的证明文件一并存考生人事档案。

附件 3

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	<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: right;">单位法人代表/法定代表人签字： (单位公章) 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4

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5

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

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

No:	接受院校 / Host Institution:		
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family / Last name Middle name	First name
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex: male [] female []	出生日期: 年 月 日 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 Duration: From y. m. to y. m.		
接 受 院 校 签 字 盖 章	年 月 日		
省 级 卫 生 / 中 医 药 行 政 主 管 部 门 签 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

附件6

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

No:		接受院校/Host Institution:	
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family/Lastname Middlename	First name
	地区/Region:	有效身份证件名称和号码/ID No:	
	性别/sex: male[] female[]	出生日期: Date of Birth:	年 月 日 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 Duration: From y. m. to y. m.		
	接收院校 签字盖章	Authorized by: (印章/Seal) 年 月 日	申请人签字: Signature of Applicant: 年 月 日 y. m. d.
省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 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。 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。 Note: 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. 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

No:	接受院校/Host Institution:			
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:	Family/Lastname Middlename	First name	
	地区/Region:	有效身份证件名称和号码/ID No:		
	性别/sex: male[] female[]	出生日期: Date of Birth:	年 y.	月 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 Duration: From y. m. to y. m.			
	接收院校 签字盖章	Authorized by: (印章/Seal) 年 月 日	申请人签字: Signature of Applicant: 年 月 日 y. m. d.	
	省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 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

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

No:	接受院校/Host Institution:			
由 接 受 实 习 人 员 院 校 填 写	姓名: Name:		Family/Lastname First name Middlename	
	地区/Region:		有效身份证件名称和号码/ID No:	
	性别/sex: male[] female[]		出生日期: Date of Birth:	年 月 日 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 Duration: From y. m. to y. m.			
	接收院校 签字盖章	Authorized by: (印章/Seal) 年 月 日		申请人签字: Signature of Applicant: 年 月 日 y. m. d.
	省级卫生 / 中医药行政 主管部门签 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

附件7

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 8

2020 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() 院前急救() 军事医学() (请在括号内打√)		
考生承诺			
1. 本人自愿申请参加 2020 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:	