

白银市卫生健康委员会

市卫医政函〔2021〕1号

关于开展2021年医师资格考试 现场审核工作的通知

各县区卫健局，各医疗机构：

根据《国家医学考试中心关于申报开展医师资格考试线上资格审核的通知》（国医考发〔2020〕128号）精神，为做好疫情防控常态化下医师资格考试资格审核工作，减少现场审核压力，提高审核工作效率，经研究决定，2021年白银考点医师资格考试报名资格审核工作采取线上和线下相结合审核模式进行（现役军人和部队文职人员采取线下审核模式）。目前国家医考中心发布公告，网上报名时间为2021年1月6-21日24时，我市现场审核时间为2021年1月25日-2月8日。实践技能考试临床类别6月10日至23日、中医类别6月19日至27日、口腔类别6月19日至27日、公共卫生类别6月19日至20日、乡村全科执业助理医师6月23日至29日举行。医学综合考试于8月20、21、22日举行。现将有关事项通知如下：

一、考生须知

考生在网报时需登录国家医学考试中心官网按要求提交审核材料电子版，并在规定的现场审核时间内提交审核材料纸质版。

（一）地方考生

请于请于1月6-21日24时网报成功后，1月10-25日，登录国家医学考试中心官网（<http://www.nmec.org.cn>）考生服务系统，按照《考生操作指南》（附件9）步骤，按要求上传相关审核资料，资料上传提交后无法修改，逾期未上传资料的考生视为放弃报名。考生需在系统内对上传资料的真实性进行承诺。

网上审核过程中，审核人员将对考生报考信息的正确性及上传资料的真实性进行审查，同时根据《执业医师法》、《医师资格考试报名资格规定（2014版）》等规定开展资格审核。请考生及时查看个人审核状态，或关注系统内消息通知（见附件9，图13）。如果报名信息有问题，请考生及时联系考点考务工作人员进行现场信息修改；如果上传资料有问题，请考生按要求重新上传资料；如果报名信息及上传资料均无问题，考点审核通过后，将进行考区复审。

对审核中发现“利用伪造证件、证明及其他虚假材料报名的”，按照《医师资格考试违纪违规处理规定（2014版）》，做出“当年考试成绩无效，在2年内不得报考医师资格”的处理；对于“代替他人或者让他人代替自己参加考试的”，按照《中华人民共和国刑法修正案（九）》第二十五款，做出“处拘役或管制，并处或者单处罚金”的处理，并按照《医

师资格考试违纪违规处理规定(2014版)》,做出“当年考试成绩无效,终身不得报考医师资格”的处理。

(二) 现役军人和部队文职人员考生

请于1月6-21日24时网报成功后,于1月25日-1月31日进行现场审核,各县区现场审核点负责辖区医疗机构的现场审核,市级各医疗机构的现场审核前往白银区现场审核点。

考生现场审核需要提交考点的纸质材料:

1. 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)。

2. 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、单位领导签字并盖公章后留存考点)。

3. 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)(考点审核后留存复印件,原件考生保存)。

4. 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.gszejxx.cn 上下载打印的学籍信息。

5. 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(执业证上执业地点必须与工作单位名称一致)。

6. 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)。

7. 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。

8. 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。

9. 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)。

10. 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。

11. 参加短线加试的考生需提交《2021 年医师资格考试短线医学专业加试申请表》(附件 8)。

二、现场审核点须知

(一) 现场审核点防疫工作要求

1. 现场审核点要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。审核地点尽量安排在较为通风、较为空旷区域开展。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, 各县区现场审核点将实施方案报市卫健委备案。

2. 考生现场审核须主动出示个人健康码(按健康码相关标准执行), 身份证明, 并佩戴防护口罩, 排队时间间隔大于 1 米。近期从境外回国和来自北京、黑龙江、辽宁等疫情重点地区的须提供所在单位出具的健康状况证明相关材料。

3. 健康码为黄码或红码的, 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带到现场审核地点。

4. 考生若有发热、咳嗽等上呼吸道感染等症状的, 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带到现场审核地点。

5. 考生在现场审核确认时, 必须无条件配合当地防疫工作。

6. 考点采取线上线下相结合的审核模式, 考生审核材料

纸质材料留存考点。

（二）考生材料审核工作要求

1. 考生网上填报信息必须与纸质材料一致。所提供表格中凡须考点负责人/法人、本人签字、所在单位盖章等缺一不可，否则考点终审时不予受理。

2. 考生相关证件复印件由考点留存。

3. 现场审核点要指定专人管理线上审核账号、密码，确保数据安全。

（三）现场审核时限要求

各县区现场审核点根据当地实际，合理安排考生分批次到指定地点进行现场审核，各现场审核点自报日起至1月30日前完成现场审核，市级现场审核于2月1日开始现场审核工作，在2月8日前完成考点线上、线下审核工作。

四、缴费标准、方式及要求

缴费拟采用网络缴费，缴费方式、缴费金额待有关部门批准之后统一执行。报名成功后请关注甘肃卫生健康人才网和微信公众号公告，按公告方式完成缴费。

- 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. 2021年医师资格考试短线医学专业加试申请表
9. 考生服务系统操作指南
10. 线上资格审核辅助子系统操作说明
11. 白银市现场审核市级安排表

白银市卫生健康委员会
2021年1月6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：		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：				
重要提示： <ol style="list-style-type: none"> 1.请考生确认所持身份证件在考试期间有效。 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。 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。 4.资格审核通过后，不能修改报名信息。 				

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
62	15	210		
考区：甘肃省		考点：省直		
姓名：大马猴		性别：女		
证件类型：居民身份证		民族：汉族		
证件编号：620826199503243228		出生日期：1995-03-24		
国籍：中国 China				
报考学历：大专 学制：五年制		学习形式：普通全日制		
毕业学校：商洛职业技术学院				
毕业专业：临床医学				
毕业年月：2017-07		毕业证书编号：1394811201706486902		
在岗情况：试用期		工作单位所在行政区域：甘肃省兰州市城关区		
工作单位名称：甘肃省人民医院		单位隶属：省（包括自治区、直辖市）		
本人身份：		现役军人：否		
联系地址：甘肃省兰州市城关区拱星墩东岗东路2338号				
邮编编码：		单位电话：		
家庭电话：		手机：13119310056		
证书类型：其他				
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：1394811201706486902		
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，单位签署意见：“同意报考”。				
3. 了解并遵守《医师资格》。				
本人签字：				年 月 日
考点审核意见：		考区审核意见：		
审核人签名： 考点负责人签名：		审核人签名：		
考点盖章： 年 月 日		考区盖章： 年 月 日		

考生近期（6个月内）免冠证件照，头部占照片 2/3，露出耳朵。小于 40kb，jpg 格式。

必须考生本人签字确认

单位签署意见：“同意报考”

注：1. 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。2. 所有本人签字必须考生本人完成，不得找他人代签。

必须由市州考点签字盖章，县区卫健局可签字、盖章在表格下方或上方。签字、盖章缺一不可。

附件 3

医师资格考试试用期考核证明

姓 名	大马猴	性 别	女	出生年月	1995. 03
民 族	汉族	所学专业	临床医学	医学学历	大专
取得学历年 月	2017-07	有效身份 证件号码	620	件	2023.05
报考类别	210				
试用机构	名 称	甘肃省人民医院			
	地 址	甘肃省兰州市城关区拱星墩东岗东路2338号	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、准确，并承担相应责任及由此所造成的一切后果。（请在括号内打√）				
	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

所学专业与试用岗位、带教老师岗位类别一致。

19XX.XX

单位全称、地址、法人姓名、登记号要与《医疗机构执业许可证》名称一致。

中专、大专、本科、硕士研究生、博

带教老师岗位类别要与试用岗位类别一致，中医、中西医结合试用岗位、带教老师可通用。带教老师姓名、执业证书号码和带教老师执业证复印件一致。

签字、盖章缺一不可

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试用期考核证明

执业助理医师资格证书编号:()

执业助理医师执业证书编号:()

所学专业与试用岗位、带教老师岗位类别一致。

中专、大专、本科、硕士研究生、博士研究生

基本技能、医患关系、医际关系及职业道德操守等方面综合评价是否合格，并在相应栏目作“√”。

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。

姓名			性别			民族			
学历			所学专业			取得学历年 月			
类别			有效身份证件号			证件有效期			
工作单位	名称	单位全称、地址、法人姓名、登记号要与《医疗机构执业许可证》名称一致。助理医师注册地点要与工作单位一致。				邮编			
	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		带教老师执业证书号码		带教老师签字			
		合格	不合格						
工作单位考核意见	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。(请在括号内打√)								
	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							

XXXX.XX
取得学历日期在助理医师资格证后，可以用该学历报考执业医师。反之只认低一级学历。

带教老师岗位类别要与试用岗位类别一致，中医、中西医结合试用岗位、带教老师可通用。带教老师姓名、执业证书号码和带教老师执业证复印件一致。

签字、盖章缺一不可

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:	Family / Last name	First name
	Name:	Middle name	
	地区 / Region:	有效身份证件名称和号码 / ID No:	
	性别 / Sex:	出生日期: 年 月 日	
	male[] female[]	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)	申请人签字: Signature of Applicant:	
	年 月 日	年 月 日 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.		

签字、盖章缺一不可

签字、盖章缺一不可



共三联，此为第一联：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				

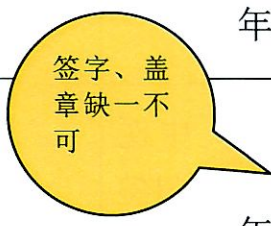
共三联，此为第二联：省级卫生 / 中医药行政主管部门留存

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		
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，此为第三联：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		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 y.	月 m.	日 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)		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	负责人签名:		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.						

签字、盖章缺一不可(本页三处)

共三联, 此为第一联: 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 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)	申请人签字: Signature of Applicant:	
		年 月 日	年 月 日 y. m. d.	签字、盖章缺一不可
	省 级 卫 生 / 中 医 药 行 政 主 管 部 门 签 字 盖 章	负责人签名:	年 月 日	签字、盖章缺一不可
备 注				

共三联，此为第二联：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 y.	月 m.
					日 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:		申请人签字: Signature of Applicant:			
	(印章/Seal)				年 月 日 y. m. d.	
省 级 卫 生 / 中 医 药 行 政 主 管 部 门 签 字 盖 章	负责人签名:		年 月 日			
备 注						

签字、盖章
一不可

签字、盖章
缺一不可

签字、盖
章缺一不
可

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

填写内容与毕业证原件一致。

本人于_____年____月____日毕业于_____学

校_____专业。自_____年____月起，在_____单位试用，至__

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：

必须考生本人签字并填写当天时间。

有效身份证明号码：

手机号码：

年

常用有效电话号码

月 日

附件 8

2021 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√)		
<p>考生承诺</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 <p>考生签名: 日 期:</p>			
<p>单位审核:</p> <p>签字、盖章缺一不可</p> <p>单位盖章: 负责人签名:</p>		<p>考点审核:</p> <p>必须考生本人签字并填写当天时间。</p> <p>单位盖章: 负责人签名:</p>	

附件 9

考生服务系统操作指南

一、考生进入国家医学考试考生服务系统

考生按常规报名流程进入国家医学考试考生系统系统，查看自己的报名信息，在报名信息处，点击“上传相关材料”按钮，按页面提示进入报名材料上传界面。

图 1

2020110 临床执业医师

姓名: [redacted]
准考证号: [redacted]
考区: 山东省 **上传相关材料** 考区: 济南
阶段: 报名
报名时间: 2020-03-10

填报

下载表格 打印 重新报考

注：该页面是否有“上传相关材料”按钮出现，由考区进行配置。

二、考生上传报名材料

考生根据页面提示要求，认真阅读说明，并按每一材料的具体要求和示例准备个人的相关材料，集中上传真实且清晰的图像。

图 2

报名材料附件

提示：考生所上传材料照片需保证信息真实、准确、完整、有效。如有虚假材料，将按照《医师资格考试违纪违规规定》相关条款进行处理。

注意：带*号的为必须上传的项目。材料上报完成后，如遇材料问题需要修订，将通过短信方式（发送到报名电话号码）通知。

提交审核

身份证明

身份证明：(示例)

请上传与报名信息一致的有效身份证正反两面照片（外国护照需上传信息页与封面），本人手持身份证内第一面照片，人像与证件内容应清晰可辨。

上传

注意：这里显示的内容，是医师资格考试所有可能需要的材料列表，考生根据自己的个人情况和考区通知要求，上传必需的报名材料图片。

（一）开始上传

以身份证明上传为例，点击“示例”查看要求，再点“上传”按钮，进入上传图片界面，将个人已经准备好的图像文件上传。如下图：

图 3

身份证明

身份证明：（示例）*

请上传与报名相一致的有效身份证件正反面照片（外国护照需上传信息页与封页）

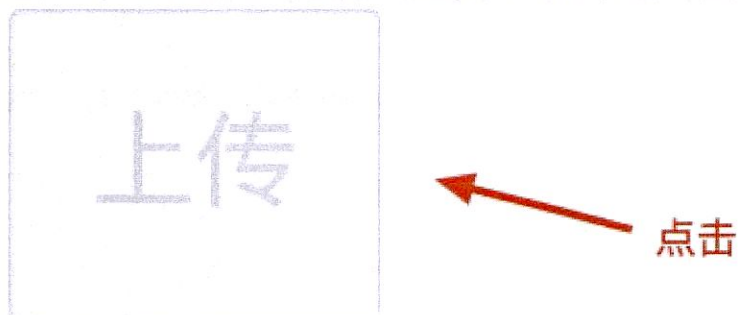
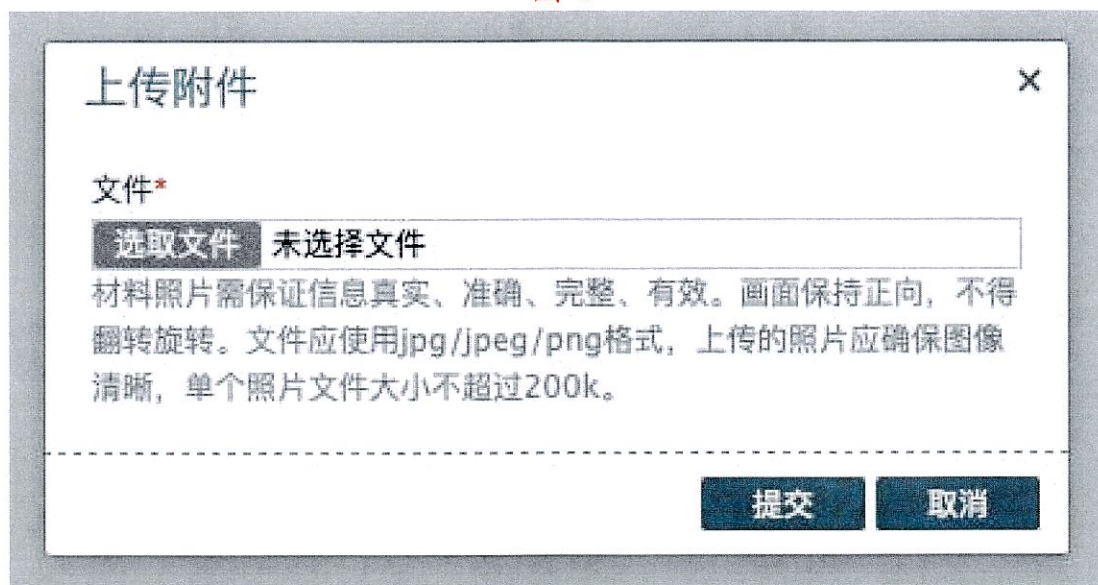


图 4



点击选取文件，即可进入图片选择界面，选择完成点击提交即可上传。

（二）上传的图片要求

材料照片需保证信息真实、准确、完整、有效。画面保持正向，不得翻转旋转。文件应使用 jpg/jpeg/png 格式，上传的照片应确保图像清晰，单个照片文件大小不超过 200k。

在每一个图片上传界面都有上述提示，请考生认真阅读，并保证内容真实准确。

（三）同一种类材料可上传多个图片

如果同一种类材料需要上传多个图片的，在上传完第一个图片之后，继续点击后面的上传即可。

图 5

身份证明

身份证明: (示例)

请上传与报名相一致的有效身份证件正反面照片（外国护照需上传信息页与封页），本人手持身份证内容一面照片，人像与证件内容应清晰可辨



注意：有些图片只有两个或固定数量的（例如身份证明材料），则传完指定数量的图片后，则不能继续上传。

（四）删除并重新上传图片

如果图片上传错了或上传后变形、不清晰时，可以删除再重新上传，点击图片右上角的“—”减号按钮即可删除，如下图：

图 6

身份证明

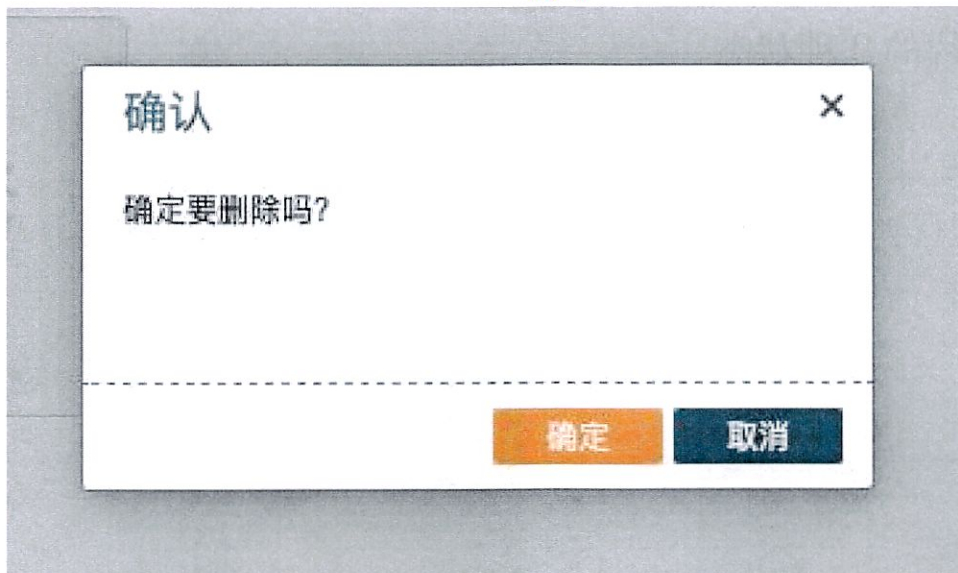
身份证明：(示例) *

点击删除

请上传与报名相一致的有效身份证件正反面照片（外国护照需上传信息页与封页）



图 7



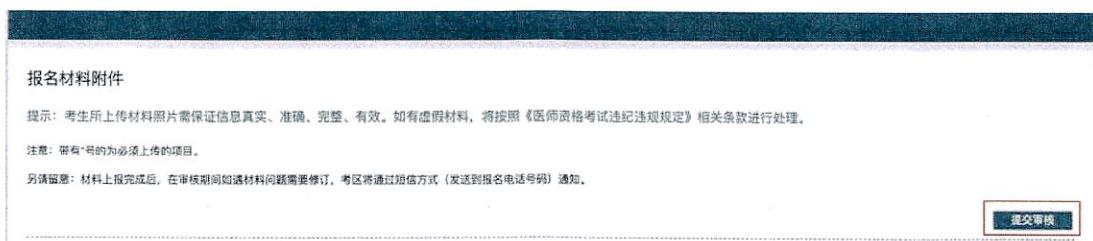
删除完成后，再次点击上传，上传新图片即可。

注意：如考生已“提交审核”或在审核期间，则上传的图片将被锁定，考生无法修改图片。

三、提交上传数据

考生根据自己的个人情况，按照考区的通知要求，将所需要的材料图片上传完成后，点击屏幕最右上方的“提交审核”按钮即完成材料的上传。

图 8



注意：提交后，考生界面会显示上报完成，内容已锁定的提示（锁定即无法自行修改上传材料），表示上传成功。如下图提示：

图 9

消息提醒：

2020/3/12 22:02:08 上报完成，内容已锁定。

四、图片的几种状态

已锁定（考生自主提交报名资料的或提交的报名资料未被审核人员要求更换的），此时考生无法修改图片材料。

未锁定（考生上传后尚未提交或审核期间审核人员要求考生更换完善的资料），考生可以修改图片材料。

图 10

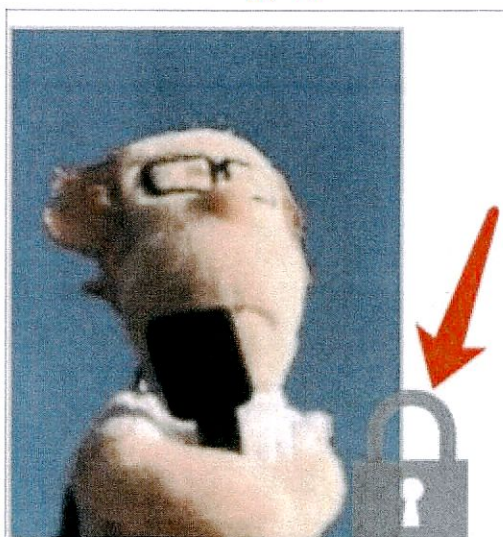
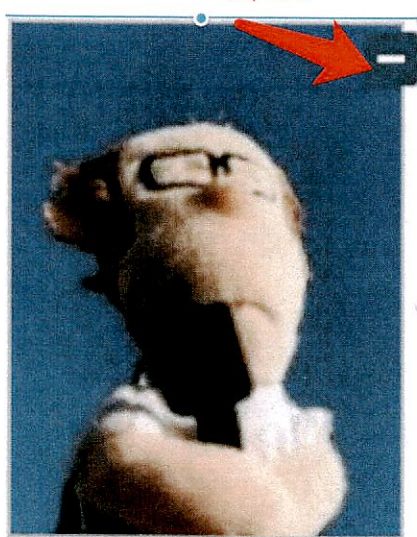


图 11



五、上传完成后需注意事项

如果已经上传成功，并显示下列消息提醒：

图 12

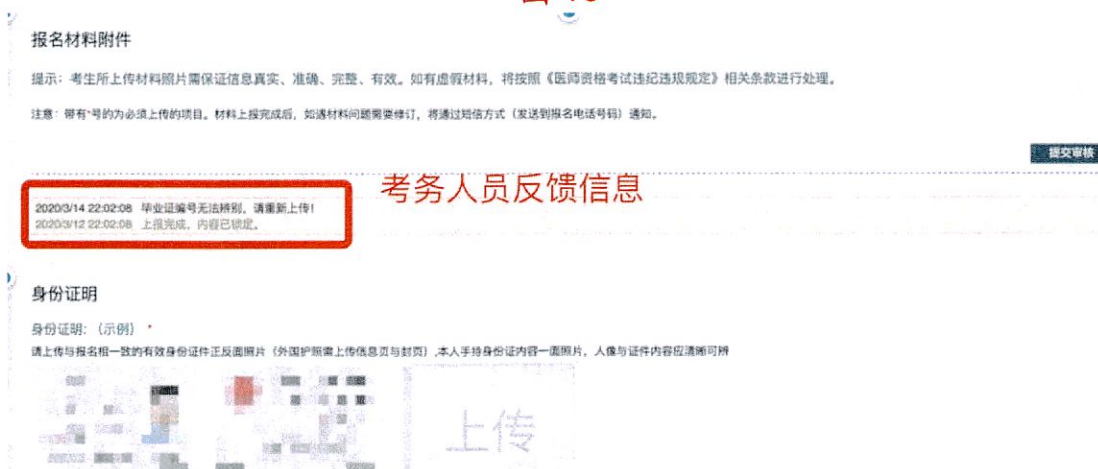
消息提醒：

2020/3/12 22:02:08 上报完成，内容已锁定。

考生可以关闭该页面，等待考务人员进一步的审核通知（可能是电话、短信或应用内的消息等形式）。

考生可根据考区要求的时间或通知，登陆上述上传页面查看您的医师资格考试报名材料审核反馈意见，并根据反馈意见补充完善相关材料。

图 13



如无新消息说明材料符合要求或上传的材料说明您不符合报名条件等情况。

线上资格审核辅助子系统操作说明

国家医学考试（考区）线上资格审核辅助子系统是服务于考区考点在线审核的辅助系统（简称 SMP），是在国家医学考试考务管理系统（简称为 MP）基础上开发完善的子系统，系统部署于各考区专有服务器中，其运行安全环境、系统日常运维和系统收集的数据安全等由考区自行负责，该系统的版权归国家医学考试中心所有，系统版本的升级由国家医学考试中心负责。该子系统（SMP）主要负责收集并管理考生上传的资格审核所需的相关图像资料，考生通过国家医学考试考生服务系统（SP）与 SMP 安全接口上传图像资料，考务人员通过 MP 与 SMP 安全接口调用考生图像资料，在 MP 的审核页面实现数据融合和统一展现，从而为资格审核等工作提供便利。

一、SMP 子系统运行环境要求

SMP 子系统是 B/S 架构，服务器操作系统使用 windows server 2008 以上版本，数据库 MS SQLServer2008R2 以上，基于 IIS 7.5，.net 4.0 部署应用网站，配置固定公网 IP 地址和网络端

口实现与 SP、MP 系统的联接。因收集和管理的数据均为图像数据（系统将对图像文件加注水印“仅限医考审核使用”字样），故需较大的网络带宽（高峰期建议 50M 左右）以保证业务的流畅性。

SMP 推荐使用 Microsoft Edge 浏览器和 Google Chrome 浏览器，其它浏览器如果系统内容显示正常也可以使用。

二、SMP 使用流程介绍

（一）安装部署

1. 系统部署文件准备

由中心统一配发。

2. 系统部署流程

第一步：把线上资格审核辅助子系统文件（线上资格审核辅助子系统文件在配套的压缩包中，文件夹名称为 SMP）复制到服务器上（建议存放到 D:\Program\文件夹下）。

注意：若另行设置存放路径必须保证不在系统盘的 Inetpub\wwwroot 目录中。

第二步：IIS7.5 管理器（WindowsServer2008）->网站->添加网站->设置网站的名称、应用程序池、物理路径、端口号等参数->网站创建完成。（注：选择物理路径时，需要选择 SMP 文件夹下的 Extension 文件夹。）

第三步：IIS7.5 管理器（WindowsServer2008）->应用程序池->选择网站对应的程序池右键选择“高级设置”->更改启用 32 位应用程序状态为“true”。

第四步：使用线上资格审核辅助子系统配置工具配置数据库

连接信息及图片上传存储路径，首先在配置工具中选择线上资格审核辅助子系统安装目录（默认路径是

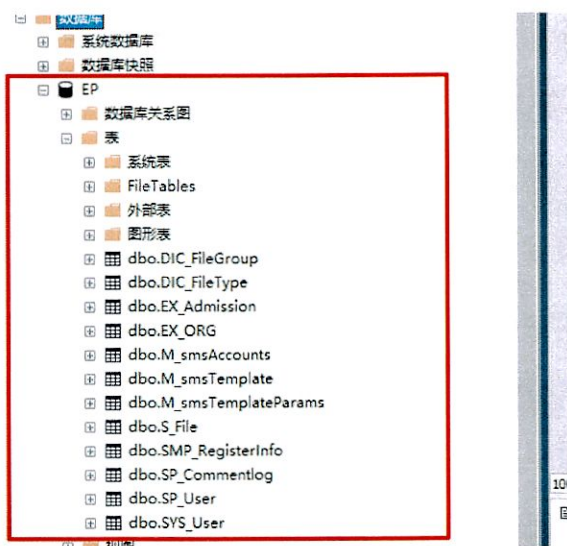
“D:\Program\SMP\”，如果布署在其他路径需要自行选择），然后选择图片文件存储路径，填写数据库服务器地址（本机可使用 localhost）、数据库名称、数据库用户名和密码，提交保存。

第五步：使用配置工具配置完成后，打开 IIS 管理器->应用程序池->找到布署对应的应用程序池，停止后重新启用。

3.创建数据库

第一步：使用线上资格审核辅助子系统配置工具创建数据库，需要在配置工具中输入数据库名称（建议使用默认数据库名称 EP）、数据库用户名以及密码，点击”创建数据库“等待数据库创建完成即可。

第二步：检查数据库，确认数据库及数据表全部初始化完成。



4.检查线上资格审核辅助子系统布署情况

第一步：在浏览器打开线上资格审核辅助子系统

(<http://localhost:8001/nme/ext/mp/login.html>), 任意输入用户名和密码, 提示“用户名或密码错误”表示数据库连接成功。

(二) 考区考务通知

考区根据前期的准备及测试情况, 面向考生发布线上辅助审核工作相关通知(可参考示例: 2021年某考区开展2021年医师资格考试报名资格审核工作的通知), 通知需明确考生操作步骤、上传时间、材料种类及其真实有效性、注意事项等。时间归划要考虑初步审核意见的反馈和考生补充材料上传等步骤。

(三) 考生上传材料

考生根据考区要求的报名材料有关通知, 提前准备相关报名资料, 并按《考生服务系统操作指南》(见参考示例附件), 在考区统一规定时间内完成相关材料的有效上传。

(四) 考点初步审核

根据考区统一时间安排(此时考生已完成资料的上传, 未上传的视为初审不合格), 考点组织熟悉审核业务的考务人员集中线上资格审核。考务人员通过VPN, 登陆到MP系统, 跳转至SMP子系统(具体操作过程将进行考务人员培训)。审

核过程同以往，系统将考生的学信网反馈信息、助理医师注册反馈信息、考生的近两次历史审核信息、公安部身份认证反馈信息集中在审核页面，同时通过调用 SMP 系统中考生上传的图像信息，考务人员综合各方面信息进行资格审核，并审核意见或向考生反馈意见及时录入系统。对报名信息有误需考生修改的，通过系统内的信息反馈通知考生到指定地点现场修改，对考生上传的资料需修改的，通知考生线上完善或补充资料。

（五）考区复审

考区复审工作可与考点审核同步进行，也可分段进行，操作步骤同考点，此阶段审核重点关注系统预审警告考生。开展线上辅助审核的考区需同步开展线上缴费工作，从而实现全流程线上办公。

附件 11

白银市现场审核市级安排表

现场审核时间	单位
2月1日	会宁县卫健局
2月2日	靖远县卫健局
2月3日	景泰县卫健局
2月4日	白银区卫健局
2月5日	平川区卫健局