

附件 1

2015 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"/>		
<p style="text-align: center;">考生承诺</p> <p>1. 本人自愿申请参加 2015 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: right;">考生签字：</p> <p style="text-align: right;">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：	