

附件 3

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			
1. 本人自愿申请参加 2024 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。			
考生签字:		日 期:	
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:	