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 □ 儿科 □ |
| **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：单位盖章:负责人签字： | 考点审核: 考点盖章:经手人签字： | 考区审核：考区盖章：经手人签字： |