附件1：

2015年医师资格考试网上报名工作日程安排

|  |  |
| --- | --- |
| 工作安排 | 时 间 |
| 考生网上报名 | 3月11日－ 3月20日 |
| 考点对考生进行现场报考资格确认 | 3月30日－ 4月10日 |
| 临床、口腔、公卫类别考生现场审核后进行网上资格缴费 | 现场审核后---4月12日前 |
| 实践技能准考证打印 | 6月中旬 |
| 实践技能考试 | 7月1日-15日 |
| 医学笔试准考证打印 | 8月下旬 |
| 医学综合笔试  （执业医师资格考试） | 9月12日、13日两天 |
| 医学综合笔试  （执业助理医师资格考试） | 9月12日 |

附件2：

2015年大兴区医师资格考试报名现场确认日程安排

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗机构类别** | **时间安排** |
| 各级营利性医疗机构及各医务室 | 3月30、31日、4月1日 |
| 一级医疗机构 | 4月2、3、7、8日 |
| 二级医疗机构 | 4月9、10日 |

**注：所有机构均需由专人负责，初审合格后统一办理，不接收个人报名。**

附件3：

**传统医学师承和确有专长人员**

**医师资格考试资格考核申请审核表**

考核机构名称： （考核机构填写）

**国家中医药管理局制**

填 表 说 明

1、本表内容除注明“由有关部门根据各自职责填写”者外，均须由申请人亲自填写。

2、一律用黑色、蓝黑色墨水的钢笔或者毛笔。

３、填写要做到内容具体、真实，字迹端正、清楚。

４、“相片”一律使用２寸近期免冠正面半身照。

５、表内的年、月、日等时间，一律用公历、阿拉伯数字填写。

６、高中及高中以下文化或具有相应学历者在“文化程度”栏填写；职业高中毕业者应在“专业”栏内填写所学专业。具有中专及中专以上学历者，在“最高学历”、“专业”栏分别填写获得的国家认可的最高学历和相应的专业。

７、如填写内容较多，可另加附页。

８、该表一式两份，其中一份由考核机构存档，一份由指定考核机构的中医（药）主管部门备案。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | 性  别 | | |  | 民  族 |  | 相片 |
| 出生  日期 | 年 　月 　日 | | | 身 份 证  号 码 | | | | - | |
| 文化  程度 |  | | 最高  学历 | |  | | | 专  业 |  |
| 户 口  所在地 |  | | | | | | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | | | | | |
| 邮政  编码 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 申请人  身 份 | 师承人员□、确有专长人员□　　　　　　　　　　　（请在相应□打√） | | | | | | | | | |
| 《执业医师法》颁布前  是否取得有效行医资格 | | | | 是□  否□　　　　　　　　　　 （请在相应□打√） | | | | | | |
| 申请考核级别 | | 执业医师□、执业助理医师□　　　　　　　　　　　（请在相应□打√） | | | | | | | | |
| 申请考核类别 | | 中医□、蒙医□、藏医□、维医□ （请在相应□打√） | | | | | | | | |
| 申请人身份证明复印件粘贴处 | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **以下内容请师承人员填写** | | | | |
| 老  师  主  要  情  况 | 姓名 |  | 出生日期 | 年 　月 　日 |
| 技术  职务 |  | 任 职  时 间 | 年 　月 |
| 从事临床工作时间 | | 年 　月 | |
| 工作单位名称 | |  |  |
| 主要学术经验或技术专长： | | | |
| 《执业医师  法》颁布前  已取得有效  行医资格者 | 批准行医资格部门 | |  | |
| 取得行医资格时间 | | 年 　月 | |
| 开始执业时间 | | 年 　月 | |
| 具体执业地点 | |  | |
| 执业类别与范围 | |  | |
| 《执业医师  法》颁布前  未取得有效  行医资格者 | 批准跟师学习部门 | |  | |
| 跟师学习开始时间 | | 年 　月 | |
| 取得《出师合格证书》时间 | | 年 　月 | |
| 试用机构名称 | |  | |
| 开始接受试用时间 | | 年 　月 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **以下内容请确有专长人员填写** | | | | | |
| 《执业医师  法》颁布前  已取得有效  行医资格者 | 批准行医资格部门 | |  | | |
| 取得行医资格时间 | | 年 　月 | | |
| 开始执业时间 | | 年 　月 | | |
| 具体执业地点 | |  | | |
| 执业类别与范围 | |  | | |
| 《执业医师  法》颁布前  未取得有效  行医资格者 | 批准从事乡村医生工作部门 | | |  | |
| 从事乡村医生工作时间 | | | 年 　月 | |
| 省级中医（药）主管部门确认专长时间 | | | | 年 　月 |
| 独特  专长 |  | | | |
| **以下内容申请人不填写，由有关部门根据各自职责填写** | | | | | |
| 《执业医师  法》颁布前  已取得有效  行医资格者 | 批准有效行医资格的部门审查意见：  负责人签名： 　　　　　 部门盖章：  年 　月 　日 | | | | |
| 《执业医师  法》颁布前  未取得有效  行医资格者 | 师承人员，试用机构审查意见：  负责人签名： 　　　　　 部门盖章：  　　　　　　 年 　月 　日 | | | | |
| 确有专长人员，县级中医（药）主管部门审查意见：  负责人签名： 部门盖章：  　　　　　　　　　　 年 　月 　日 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 考核机构  复审意见 | 负责人签名： 　　　　　　　 部门盖章：  年 　月 　日 |
| 考核方式  及 主 要  情况记录 | 考核负责人签名： 　　　　　　　参加考核者签名：  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 　月 　日 |
| 考核结论 | 考核机构负责人签名： 　　　　　　考核机构盖章  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年 　月 　日 |
| 备 注 |  |