

酒泉市卫生健康委员会

酒泉市卫生健康委员会 关于印发酒泉市 2020 年医师资格考试现场 审核工作方案的通知

各县（市、区）卫生健康局，委属各单位，各民营医疗机构：
为全面保障 2020 年医师资格考试现场审核工作的开展，
市卫生健康委制定了《酒泉市 2020 年医师资格考试现场审
核工作方案》，现印发给你们，请你们遵照执行。

市卫生健康委联系人：杜文江

联系电话：0937-2614255

酒泉市卫生健康委员会

2020 年 4 月 29 日



酒泉市 2020 年医师资格考试现场审核 工作方案

2020 年酒泉市医师资格考试现场审核于 2020 年 4 月 28 日——2020 年 5 月 12 日进行，为保障医师资格考试现场审核工作的顺利进行，特制订本方案。

一、现场审核时间：

2020 年 4 月 28 日至 5 月 12 日。

每天审核时间：上午 8:30—12:00；下午 14:30—18:00

二、现场审核地点：

属地	审核地点	联系电话
市直各单位	市政务大厅二楼卫健委窗口	2612172
肃州区	肃州区政务大厅卫健局窗口	5995026
金塔县	金塔县行政服务中心卫健局窗口	4421277
玉门市	玉门市民中心服务大厅卫健局窗口	18993752517
瓜州县	瓜州县卫生健康局 419 室	13993715508
敦煌市	敦煌市民中心 B 区 3 号卫健局窗口	8860028
肃北县	肃北蒙古族自治县卫生健康局 4 楼	8126802
阿克塞县	阿克塞县南环路卫生健康局（404 室）	8322547

三、现场审核防疫工作要求

（一）为减少人员聚集，错峰开展现场审核工作，将安排各医疗机构考生分批进行现场审核（敦煌市、肃北县、阿

克塞县考生审核资料于5月8日送至市卫健委医政医管科；瓜州县考生审核资料于5月9日送至市卫健委医政医管科；金塔县、玉门市考生审核资料于5月10日送至市卫健委医政医管科；肃州区考生审核资料于5月11日送至市卫健委医政医管科）。

（二）考生现场审核须主动出示个人健康码，身份证明，并正确佩戴口罩，排队办理时间间隔大于1米。

（三）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。近期，从境外回国和来自湖北、武汉、黑龙江、内蒙等疫情重点地区的须提供核酸检测情况证明等材料。

（四）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。

（五）考生在现场审核确认时，必须无条件配合防疫工作。

四、现场审核需携带的材料：

（一）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，否则考区终审时不予受理。

（二）考生相关证件复印件由考点留存。考点给考区提交材料时，除身份证提交复印件外，其他证件、表格等必须提供原件。考点提交材料时请按以下顺序装订：

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、单位领导签字盖公章后提交考区）。

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）（考点审核后提交考区复印件，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.gszjxx.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《2020年医师资格考试短线医学专业加试申请表》(一式两份,考区、考点各留存一份)(附件8)。

五、缴费标准、方式及要求

(一)缴费标准

1.实践技能考试:所有类别实践技能考试费为249元/人次;

2.综合笔试:执业医师256元/人次;执业助理医师128元/人次。

(二)缴费方式

1. 今年全省实行电子化缴费。现场审核时，考点工作人员发送缴款码至考生手机，待考点审核通过后，考生务必于5月15日前完成缴费（被拒绝人员不缴费）。考生可通过“甘肃政务服务网→便民服务→统一公共支付平台→非税缴款”的流程，通过微信、支付宝等方式均进行缴费（甘肃政务服务网网址为：<http://www.gszwfw.gov.cn/>）。请各县市区卫健局，委属各单位将考试缴费情况登记造册，统一报送至市卫健委医政医管科。

2. 实践技能、医学综合笔试分阶段缴费，实践技能考试成绩公布后的15日内，通过实践技能考试的考生由各考点组织再缴纳医学综合考试费。非个人原因在考点规定时间（5月15日）前未完成缴费的考生，应及时与考点联系解决，否则视为自动放弃报名。由于个人原因缴费后不参加考试的考生一律不予退费。

（三）缴费要求

考生缴费时，请务必正确填写个人姓名、工作单位、身份证号码及手机号码。考点工作人员在缴费系统填报考生信息时要按以下要求规范填写：

1. 备注栏为单位名称；

2. 现场与考生确认，所留手机号为本人常用手机号，不得设置短信拦截功能，否则收不到缴费短信导致报名失败的结果由考生本人承担；

3. 填写信息时请勿输入空格、回车等字符，否则系统无法识别考生信息；

4. 模板文件大小须小于 50KB，否则不能导入缴费系统。

- 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. 2020 年医师资格考试短线医学专业加试申请表

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:				
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 3

医师资格考试试用期考核证明

姓名		性别		出生年月	
民族		所学专业		医学学历	
取得学历 年 月		有效身份 证件号码		证 件 有效期	
报考类别					
名 称					
试用机构	地 址			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	带教老师签字
		合 格	不 合 格	医师执业证书号码	
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。					
试用机构 考核意见	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				

- 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执业期考核证明

执业助理医师资格证书编号:()

执业助理医师执业证书编号:()

姓名		性别		民族	
医学学历		所学专业		取得学历 年 月	
报考类别		有效身份 证件号码		证 件 有效期	
工作机构	名 称				
	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 执 业 医师执业证书号码	带教老师签字
		合 格	不 合 格		
工 作 机 构 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。				
	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				

- 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: 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: 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.		
接受院校 签字盖章	Authorized by: (印章/Seal) 年 月 日	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	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.		

共三联，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，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	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，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 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) 年 月 日	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	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.			

共三联，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 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) 年 月 日		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	年 月 日				
备 注						

共三联，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 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) 年 月 日	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	年 月 日		
备 注				

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

本人于____年____月____日毕业于_____学
校_____专业。自____年____月起，在_____
单位试用，至____年____月试用期将满一年。

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：

有效身份证明号码：

手机号码：

年 月 日

附件 8

2020 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√)		
<h3 style="margin: 0;">考生承诺</h3> <p>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。</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; margin-right: 50px;">考生签名：</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">日 期：</p>			
单位审核： 单位盖章： 负责人签名：		考点审核： 单位盖章： 负责人签名：	