**2017年北京市丰台区医师资格考试报名现场确认工作通知**

区域内各医疗机构、各相关人员：

根据北京市卫生人才交流服务中心关于北京考区2017年度医师资格考试考务工作的通知文件精神及北京市卫生计生委的统一要求，北京地区2017年度医师资格考试报名分两阶段进行，第一阶段为网上报名，考生可登录国家医学考试网，按照《报名须知》在网上填写个人报名信息，并打印《医师资格考试网上报名成功通知单》。第二阶段为现场确认，各考生须到试用医疗机构所在区县进行确认,考生核对申请表信息无误后签字确认,信息一经确认一律不得更改。2017年起将不再受理因考生信息填报错误导致的合格人员信息修改。现将丰台区现场确认工作有关注意事项公布如下，请丰台区各医疗机构、各相关人员遵照执行。

一、现场确认时间安排：

2017年3月2日、3月3日为一级医院和社区卫生服务中心现场确认时间；

2017年3月6日、7日为二、三级医院和军队医疗机构现场确认时间；

2017年3月8日为其他医疗机构（门诊部、个体诊所、医务室、卫生室、社区卫生服务站、村卫生室等）现场确认时间；

现场确认时间：上午 9：00～11：00

下午13：30～16：00

现场确认地点：北京市丰台区疾病预防控制中心三层会议室（医师现场报名处），具体地址为北京市丰台区丰台镇西安街3号；

联系电话：丰台区卫生计生委医政科63821573；

中医科 63855883。

二、现场确认工作有关要求：

1、请考生以所在医疗机构为单位，由所在医疗机构医师资格报名工作相关负责人携带材料到丰台区卫生计生委进行现场确认、资格审核、交费及信息确认等工作；相关负责人对考生所提交的材料真实性应认真核实，与考生一并承担因考生提供虚假材料所引起的后果。

2、未在规定时间内到现场进行资格审核、交费及信息确认者，网上报名一律视为无效。

3、考生必须完成网上报名后方可进行现场确认工作。网上报名必须上传照片，报名结束后打印《医师资格考试网上报名成功通知单》。

4、请各医疗机构医师资格报名工作相关负责人及考生保持通讯畅通，否则后果自负。

三、医师资格考试收费

西医类别(临床、口腔、公卫)实行网上分段缴费。现场审核合格后请于3月15日前网上缴纳技能考试费用;技能考试通过后请于7月30日前网上缴纳笔试考试费用。逾期不缴费的，视为报名无效。所在医疗机构医师资格报名工作相关负责人必须将网上缴费相关事宜告知考生。

中医类别考生缴费方式待定。请关注丰台卫计委网站（http://wjw.bjft.gov.cn）

四、现场确认具体需要携带材料如下：

1、《医师资格考试网上报名成功通知单》。申报人人事关系在用人单位的考生，在该表中“工作单位名称”处加盖用人单位公章。若申报人人事关系不在用人单位，请在该表中“工作单位名称”一栏，同时加盖用人单位公章和人事档案所在单位人事专用章。

2、本人有效身份证明（身份证、临时身份证、军官证、文职干部证、士官证、护照、台、港、澳考生来往大陆的有效证件等）原件及复印件一份。

在军队所属医疗、预防、保健机构中工作且符合报名条件的现役人员如使用身份证报名参加考试的，应当提供本人所在单位的相应证明。

3、毕业证原件及复印件。

4、医师资格考试试用期考核证明。 (见附件)

试用期考核合格证明当年有效。

试用期满1年是指自2016年1月1日至当次医学综合笔试，在试用机构的累计试用时间满1年。在多家机构试用的，应当出具各试用机构的试用期考核合格证明。

5、执业助理医师报考医师除携带以上证件，还需持《执业助理医师资格证书》、《执业助理医师执业证书》原件及复印件以及《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》到相应考点进行确认。

6、《医疗机构执业许可证》副本复印件一份并加盖医疗机构公章。

7、现场确认时需交两张近6个月内的2寸免冠正面半身彩色白底照片（该照片同时用于《医师资格证书》和《医师执业证书》的制证，不得更换），且与考生网上报名时上传的个人jpg格式照片为同一底版，并在照片背面用圆珠笔写明报考者单位和姓名（网上上传同底，用小袋子装好写名字）。

8、按照规定交纳考试费。

9、应届医学专业毕业生需要提交应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书。

五、现场确认依据

2017年医师资格考试报名现场确认按照《医师资格考试报名资格规定》（2014版）执行，请各单位主管此项工作的人员通知相关考生。

六、其他注意事项

1、本考点审核为初审，初审合格后所有考生仍需要通过北京市统一审核以及国家审核后方可参加考试，具体审核结果请定期关注国家医学考试网。

2、西医类别考生网上缴费问题请咨询400-1500-800，审核不合格的退费问题请关注国家医学考试网

3、请各位考生保存好自己的登录名和密码，以便打印准考证和查询成绩。丰台区卫生计生委无法查询考生成绩，考试成绩查询事宜请考生自行登录国家医学考试网进行查询。

丰台区卫生计生委

2017年2月24日

附表1

**医师资格考试试用期考核证明**

报名编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | |
| 报考类别 | |  | | | | | | | | | |
| 试用机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 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  医师执业证书号码 | | | 带教老师签字 |
| 合格 | 不合格 | |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
|  | | |  |  | |  | | |  |
| 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. 本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。  2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、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“√”。  3.**军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附表2

**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 | | |  | | | | |
| 工作机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | | 邮编 |  | |
| 登记号 |  | | | | | | 法定代表人 |  | |
| 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 | | 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.本表**黑线上方**由考生自己填写，**黑线以下**由工作机构填写，本表缺项、涂改无效。  2.带教老师对考生从**临床岗位胜任力、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“√”。  3**.军队考生须提交团级以上卫生部门的审核证明。**  4.本表栏目空间若不够填写，可另附页。 | | | | | | | | | | |

附表3

**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8月31日前，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，并按规定接受取消当年医师资格考试资格的处罚。

考生签字：

有效身份证明号码：

手机号码:

年 月 日