附件1

2024年林芝考点医师资格考试现场审核

时间安排表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 日期 | 受理时间 | 现场确认片区 |
| 1 | 2月21日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 米林县 |
| 2 | 2月22日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 朗县 |
| 3 | 2月23日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 察隅县 |
| 4 | 2月26日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 工布江达县 |
| 5 | 2月27日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 墨脱县 |
| 6 | 2月28日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 波密县 |
| 7 | 2月29日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 林芝市市区（含巴宜区） |
| 8 | 3月1日 | 9:30-13:00 15:30-18:30 | 林芝市市区（含巴宜区） |

附件2

2024年度医师资格考试医疗机构承诺书

（样表）

（机构名称）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，地址位于\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，法人（负责人）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系方式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，2024年度参加医师资格考试\_\_\_\_\_人（具体信息如下），经本机构法人（负责人）\_\_\_\_\_\_\_\_\_已审核报考资料，在此承诺报考材料真实有效，如提供虚假材料，一切后果（机构等级评审、年度校验、变更等均将受到影响）自行承担。

报考人员信息：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号码 | 联系方式 | 报考类别 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 承诺人（法人或负责人）：

 （医疗机构公章）：

 2024年 月 日

附件3

2024年度医师资格考试考生承诺书

（样表）

本人(姓名）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，联系方式\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（医疗机构名称）工作人员，2024年度医师资格考试报考类别为\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。本人在此承诺提供的报考材料真实有效，如提供虚假材料，经核实后自愿承担取消考试资格及成绩等一切后果，特此承诺。

 承诺人：

 2024年 月 日