**长沙市2018年医师资格考试公告**

根据国家卫生和计划生育委员会医师资格考试委员会2018年第01号公告和湖南省卫生和计划生育委员会2018年1号公告的规定，现将长沙考点2018年医师资格考试工作有关事项公告如下：

**一、报名时间**

**（一）网上报名**。时间自公告之日起至2018年1月20日24时。请考生登陆国家医学考试网（http://www.nmec.org.cn/）进行网上报名。请各位考生持有效身份证件按有关规定如实准确填报个人信息。从2017年起，不再受理个人报名信息修改。  
　　（二）现场审核。现场审核主要是对网上报名的考生进行本人照片采集和报名资料的真实性进行审核。审核现场不接受补报名。请考生持《医师资格考试网上报名成功通知单》和报名资料进行现场审核，未在规定时间内审核的，网上报名无效。

审核时间：2018年1月29日-2月9日（公休日除外），上午8:00-12:00，下午13:00-17:00。

审核地址：长沙市公立医院管理服务中心（长沙市雨花区桂花树街138号）。

联系电话：0731-82413116

审核范围：

1、长沙市辖区内省（部）属相关医疗单位、相关院校的考生，以及全省现役军人等网上报名和现场审核归属省直考点；全省口腔、公共卫生类别和中医类别中西医结合专业考生网上报名和现场审核归属省直考点。

2、台、港、澳和外籍考生根据试用机构所在辖区进行网上报名和现场审核。长沙辖区内试用机构为省（部）属相关医疗单位的归属省直考点，长沙辖区内试用机构不是省（部）属相关医疗单位的，归属长沙考点。

3、省直考点的现场审核时间和地点请关注湖南医考网http://www.cndoctor.cn/；或咨询0731-84822261。

（三）报名资料。

1、基本资料：

①本人有效身份证件原件及复印件。本人有效身份证件（须在报考有效期内）包括第二代居民身份证（第二代居民身份证过期的，可使用临时身份证报名，但需尽快完成换证）、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）。重要提示：毕业证、《医师资格证》及《医师执业证》等证件的身份信息与有效身份证件信息不一致的，需提交当地公安部门出具的带有本人相片和二维码识别的户籍证明。

②毕业证书原件、复印件。非大陆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》。应届研究生或博士生出具大学院校研究生办公室出具的当年毕业的证明，实践技能考试时再提供毕业证原件。学历查询证明均在审核现场查询打印。

③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》，台、港、澳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》或《外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表》。

④医疗机构执业许可证副本复印件（盖单位公章）。

⑤应届本科毕业生报名时除提交毕业上班至2018年1月的试用期考核合格证明外，还应提交《应届本科毕业生报考承诺书》。技能考试合格后，必须履行《应届本科毕业生报考承诺书》的承诺，在承诺期限内（医学综合笔试前）向考点办提交后续累计试用期满1年的考核合格证明。未按时提交者，按国家有关规定，取消当年报考资格和考试成绩。

2、执业助理医师申报执业医师的，还需提交执业助理《医师资格证书》、《医师执业证书》原件与复印件及《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》（国家医学考试网上下载或本公告附件）。如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（盖卫计委/局公章）。

3、传统医学师承或确有专长考生，还需提交《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

4、参加过2016年和2017年医师资格考试的考生，现场审核时报考资料仅需提供个人身份证原件和复印件、往年报考的准考证或成绩单、《医师资格考试网上报名成功通知单》、《医师资格考试试用期考核证明》或《执业助理医师报考执业医师执业期间考核证明》，考生本人至审核现场采集照片。

通过现场资格审核的考生须认真核对《医师资格考试报名暨授予医师资格申请表》上个人信息并签字确认，一经签字确认不得更改！该信息将用于医师资格考试和医师注册管理，因考生个人原因导致信息错误的，不予修改！

伪造或提供虚假报名材料的考生，一经核实，将按照《医师资格考试违纪违规处理规定》有关规定处理。

二、考试时间

（一）实践技能考试：全国考试时间为2018年6月9日-6月15日，具体由我省医师资格考试领导小组组织实施。实践技能考试合格分数线为60分。

（二）医学综合笔试全国统一考试时间如下：  
　　临床、中医类别执业助理医师资格考试，乡村全科执业助理医师资格考试：2018年8月25日上午9:00-11:30，下午14:00-16:30。  
　　临床、中医类别执业医师资格考试：2018年8月25日和26日上午9:00-11:30，下午14:00-16:30。  
　　口腔、公共卫生类别和中医类别中西医结合专业执业助理医师全国实行计算机化考试：2018年8月25日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。

口腔、公共卫生类别和中医类别中西医结合专业执业医师全国实行计算机化考试：2018年8月25日和26日上午9:00-11:00，下午14:00-16:00。  
　　军事医学执业助理医师加试：2018年8月25日17:00-17:30。  
　　军事医学执业医师加试：2018年8月25日17:00-18:00。  
　　院前急救岗位和儿科专业加试：2018年8月25日17:00-17:30。

执业医师合格分数线为360分，执业助理医师合格分数线为180分。

三、其他事项  
　　（一）湖南省开展乡村全科执业助理医师考试试点，符合报名条件的考生按有关规定报考。

（二）医师资格考试报名资格有关规定及考试相关信息，各考点和考生可登录国家卫生计生委和国家中医药管理局网站查询，或者登录国家医学考试网、中国中医药考试认证网和湖南医考网查询。

国家卫生计生委网址：<http://www.nhfpc.gov.cn/>；

国家中医药管理局网址：<http://www.satcm.gov.cn/>；

国家医学考试网网址：<http://www.nmec.org.cn/>；

中国中医药考试认证网网址：<http://www.tcmtest.org.cn/>；

湖南医考网网址：<http://www.cndoctor.cn/>；

长沙市卫生计划委网址：http://wsjsw.changsha.gov.cn/

长沙市公立医院管理服务中心网址：[http://www.glyyglzx.com](http://www.glyyglzx.com/)

四、考试报名收费

自2018年起，我省医师资格考试全面实行网上缴纳考试报名费。现场审核通过的考生可进行网上缴费。网上缴费时间为2018年3月1日至3月31日，逾期未缴费的考生，视为放弃当年考试资格。今年综合笔试和计算机化考试网上缴费截止日期为2018年6月25日24时，技能成绩通过的考生即可网上缴费。具体缴费标准、方式和网址详见湖南医考网（<http://www.cndoctor.cn/>）。

五、其他

（一）、准考证打印：考生登陆国家医学考试网自行打印实践技能考试准考证和医学综合笔试准考证。

（二）、成绩查询：

1.实践技能考试成绩查询：请考生2018年7月份上旬关注国家医学考试网（<http://www.nmec.org.cn/>）进行成绩查询

2.综合笔试成绩成绩查询：请考生2017年10月份关注国家医学考试网（<http://www.nmec.org.cn/>）进行成绩查询。医学综合笔试成绩以国家医学考试中心下发的成绩单为准。

（三）附表

附表1:医师资格考试试用期考核证明

附表2:执业助理医师报考执业医师执业期考核证明

附表3:应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书

附表4: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

附表5：外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表

特此公告。

长沙市公立医院管理服务中心（长沙考点办）

2018年1月12日

附表1

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 | |  | | | | | | | | | |
| 试用机构 | | 名称 |  | | | | | | | | |
| 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  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 | | 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 | | |  | | 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

附表4

**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 First name  Middle 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 | | | 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 First name  Middle 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 First name  Middle 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

**外籍人员参加中国医师资格考试实习申请审核表**

附表5

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/Last name First name Middle 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 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/Last name First name Middle 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 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/Last name First name Middle 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 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