

原平市2025年医师资格考试公告

一、考试报名

网上报名时间自2025年2月8日10时至2025年2月21日24时。请考生登录国家医学考试网(<https://www.nmec.org.cn/>)考生服务按有关规定如实准确填报个人信息。

军队考生报名考点选择【厅直】考点代码【02】，在省直考点进行现场确认。

公卫类别的考生报名考点选择【厅直】考点代码【02】，由忻州考点代收材料省直考点资格审核及现场确认。

其他考生报名考点选择【忻州】考点代码【08】。

二、现场资格审核有关事项

1、为服务考生方便，现场审核按照医疗机构属地管理的原则进行。

2、请各位考生于2025年2月28日前将材料交到原平市卫生健康局进行现场审核。

三、审核提交材料(按下列顺序用订书机订好)

新报考生需提供材料：

1、《医师资格考试网上报名成功通知单》两张(加盖工作单位公章)。

2、毕业证书原件(大专以上学历附中国高等教育学生信息网打印的三个月有效期的学历证书电子注册备案表、专升本毕业证需同时提供专科和本科毕业证书以及本科学位证书的原件、研究生学历需同时毕业证书和学位证书);在读研究生还需提供学生

证件原件、复印件及所在院校研究生处出具花名表一份(表上需注明入学时间、所学专业、专业学位或学术学位);山西省外中专学历需提供学校所在地省教育厅出具的学历认证报告书和毕业生档案。

3、执业助理医师申报执业医师还需提交助理医师资格证书、执业证书的原件。

4、报考中医类别传统医学师承或确有专长医师资格考试的,须提交《传统医学师承出师证书》或《传统医学医术确有专长证书》。

5、试用单位为社会办医疗机构及不设床位的医疗机构的(如门诊部、诊所、社区卫生服务中心(站)等),还应提交相应试用单位的《医疗机构执业许可证》副本复印件,并加盖医疗机构公章。

6、报考乡村全科执业助理医师的考生需提交《2025年报考乡村全科执业助理医师工作证明》(见附件),证明已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年,证明需所在单位法人签字盖章和医疗机构所在地卫生健康局审核盖章。单位名称与《医师资格考试网上报名成功通知单》工作单位名称务必一致。

7、应届医学专业毕业生报名需提供《应届医学专业毕业生医师资格考试报考承诺书》(见附件,2024年毕业的考生均属于应届生)。

8、《试用期考核合格证明》(见附件)。

9、本人有效身份证复印件。

注意事项:请将以上材料顺序装订,复印件均为A4规格,提交材料不得缺漏项,否则视为材料不齐,不予受理。

忻州考点上一年度实践技能成绩合格但未通过当年医学综合考试的考生,现场确认时仅提供《医师资格考试网上报名成功通知单》一张和《试用期考核合格证明》。

四、重要注意事项

1、现场审核主要是对网上报名的考生进行本人照片、报名资料的真实性及报名资格进行审核。

2、所有报名资料要完整、清晰,提交的复印件一律使用A4纸,其复印件均由所在医疗机构盖公章。

3、根据《中华人民共和国执业医师法》第九条第二款,须按取得执业助理医师执业证书时间计算连续工作时间。专科学历毕业的须于2023年8月31日前注册,中专学历毕业的于2020年8月31日前注册,方可报考2025年医师资格考试。提供的连续工作证明须按执业变更记录逐个单位开据。跨省变更的原证已收回或丢失的,须由原注册批准单位出具证明或打印注册记录后加盖公章。

4、执业助理医师报考执业医师,助理医师执业证上注册的医疗机构名称与《医师资格考试网上报名成功通知单》工作单位名称务必一致。

5、执业助理医师报考执业医师,规定年限内涉及多家医疗机构的,需出具《执业助理医师报考执业医师执业期考核证明》(见附件)每个单位一份,并盖单位公章。

6、试用期考核证明,带教老师必须是与报考类别相同的执业医师。

7、申请短线医学专业加试需提交《2025年医师资格考试短线医学专业加试申请表》(见附件)一份,单位盖章、签字,单位业

务主管部门盖章、签字。

8、报考乡村全科执业助理医师的考生,须同时满足已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格;符合《医师资格考试报名资格规定(2014版)》中报考临床、中医、中西医类别医师资格的学历要求。取得资格证书的,执业地点限定为乡镇卫生院或村卫生室(任何社区卫生服务中心不允许报考)。

9、毕业证丢失的,可以提供由原学校补办教育部统一制式的“毕业证明书”,其它证明无效。

10、身份证姓名、出生年月日与毕业证务必一致。不一致者,需当地派出所或学校出具证明,并加盖单位公章。

五、收费标准及缴费方式

1、实践技能考试费标准

临床、乡村助理和公共卫生类别考试费259元/人;中医类(包括中医、中西医、师承)237元/人;口腔类别考试279元/人。

2、医学综合笔试收费标准

计算机化考试执业医师336元/人,执业助理医师168元/人。军队和加试考生,计算机化考试35元/人。

3、缴费方式

请考生提交报名材料时交给原平市卫生健康局现场审核人员。

联系电话: 8223084

地 址: 原平市教育南路三小对面疾控中心大楼五楼511室

附件:2025年医师资格考试报名相关表格见下表

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	<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">合格 () 不合格 ()</p> <p style="text-align: center;">单位法人代表/法定代表人签字： (单位公章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

- 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。

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)	带 教 老 师 评 价		带 教 执 业 医 师 执 业 证 书 号 码	带 教 老 师 签 字
	名 称	合 格	不 合 格		

<p>工作机构考 核 意 见</p>	<p>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。</p> <p>合格 () 不合格 ()</p> <p>单位法人代表/法定代表人签字：</p> <p>(单位公章)</p> <p>年 月 日</p>
------------------------	---

- 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。

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

2025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	院前急救 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/>		
考生承诺			
<p>1. 本人自愿申请参加2025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>			
考生签字：			
日 期： 年 月 日			
单位审核：	主管部门审核：	考点审核：	
单位盖章：	盖章：	盖章：	
负责人签字：	经办人签字：	经办人签字：	

2025年报考乡村全科执业助理医师工作证明

兹证明考生_____（身份证号码：_____）于_____年____月____日至今在_____乡镇卫生院或乡（镇）村卫生室（站）工作已满一年。

（本证明仅用于报考乡村全科执业助理医师）

本人签字：

单位法人代表签字：

单位（盖章）：

县（市）区卫生健康和体育局（盖章）：

经办人签字：

年 月 日