

医师资格考试广东省考区办公室

粤医考办〔2017〕4号

关于开展2017年乡村全科执业助理医师资格考试 试点工作的通知

各考点：

根据国家卫生计生委医师资格考试委员会2017年第01号公告精神，2017年在我省开展乡村全科执业助理医师考试试点。参照国家卫生计生委办公厅和国家中医药管理局办公室2016年联合下发的《关于开展2016年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》（国卫办医函〔2016〕226号）要求，现就试点工作有关要求通知如下：

一、考试概况

该考试针对乡镇卫生院和村卫生室的工作实际，与国家医师资格考试统一组织，单独命题，单独划定合格线，考试合格发给执业助理医师资格证书，限定在乡镇卫生院或村卫生室执业。

二、考试有关事项

（一）试点范围

试点范围为全省各考点。

（二）考试对象

参加考试的人员必须同时符合下列条件：

1. 已在乡镇卫生院或村卫生室工作满一年且考核合格；

2. 符合《医师资格考试报名资格规定（2014版）》（国卫医发〔2014〕11号）中报考临床类别或中医类别医师资格的学历要求。

（三）考试形式

考试报名、资格审核方式及程序按照执业医师资格考试规定进行；报名、考试时间与全国执业医师资格考试时间相同。考生报名时应当在医师资格考试网上报名系统相应栏目中选择“乡村全科执业助理医师”。考试包括实践技能考试和医学综合笔试。

（四）考试时间安排

考试时间与2017年全国执业医师资格考试时间相同。

（五）考试组织与管理

按照国家执业医师资格考试方式组织和管理。各考点按照考务管理要求，负责本市考试组织管理工作。

（六）报名材料提交要求

除按报考执业医师要求提交的材料外，还需提交：

1. 由所在乡镇卫生院/村卫生室盖章的《报考人员在岗声明》（全省统一格式，附件1）；
2. 报考人员与乡镇卫生院/村卫生室签订的《聘用合同》或《劳动合同》，正式在编人员还应同时提交人事档案管理部门出具的关于其为该乡镇卫生院正式在编人员的有关证明材料；
3. 考生与所在乡镇卫生院/村卫生室共同签署的，且经县卫生局盖章认可的《知情同意书》（全省统一格式，附件2）。

（七）考试收费

考试费用按照执业医师资格考试的标准收取。

（八）合格线划定

国家医师资格考试委员会确定合格分数线。

（九）资格授予与执业管理

1. 乡村全科执业助理医师资格考试合格的，到所在考点的卫生计生行政部门领取《医师资格证书》。该证书级别代码编码为字母“XC”。取得《医师资格证书》后经执业注册取得《医师执业证书》。卫生计生行政部门应当在《医师资格证书》“发证机关”和《医师执业证书》“执业地点”空白处加盖红色标识章，标识章全国统一格式，宽度根据内容调整，行高 10.0mm，边框粗 3 磅，内容为“乡镇/村”，字体为三号黑体。如：

乡 镇/村

2. 取得乡村全科执业助理医师资格证书的，持与乡镇卫生院或村卫生室签订的合同、《医师资格证书》等有关材料，到该乡镇卫生院或村卫生室所在县级卫生行政部门注册，取得《医师执业证书》，执业地点限定为该乡镇卫生院或村卫生室。

3. 乡村全科执业助理医师执业类别注册为“临床和中医”，执业范围注册为“全科医学专业”。

4. 乡村全科执业助理医师可按规定参与职称评聘。

5. 取得乡村全科执业助理医师的人员，在学历和专业符合国家医师资格考试报名资格相关规定的条件下，可以报考临床或中医类别执业医师。

四、工作要求

（一）开展调查，摸清底数。各考点在开展考试试点工作前，应对本市乡镇卫生院和村卫生室人力资源情况进行调查分析，掌握执业医师和执业助理医师在乡镇卫生院和村卫生室中的分布情况，了解本地区乡村全科执业助理医师需求。

（二）做好知情告知。各考点应当将乡村全科执业助理医师资格考试报名条件、考试安排以及管理政策告知所有相关人员，

并做好记录。

(三) 严格掌握考试报名条件。考试主要是建立农村基层卫生人才遴选新机制，同时解决乡镇卫生院和村卫生室无执业助理医师或执业助理医师不能满足需要的问题。不符合条件的人员不得参加本考试。

(四) 加强保密和考务管理。各考点要按照国家医师资格考试的统一要求做好考试试点的安全保密和考务管理工作，确保试点工作顺利完成。

(五) 做好信息管理工作。各考点所在地市卫生计生行政部门应做好乡村全科执业助理医师资格考试考生的信息管理工作，并对考试合格后执业注册情况进行信息化管理，确保获得合法执业资格的乡村全科执业助理医师按规定执业。

联系人：林晓晖、潘宝珊

联系电话：020-83810256

附件：1. 报考人员在岗声明

2. 知情同意书

医师资格考试广东省考区办公室

2017年6月8日

抄送：省卫生计生委医师资格考试领导小组办公室

附件 1

报考人员在岗声明

本人于 2016 年 8 月前进入_____乡镇卫生院/村卫生室工作，目前是该卫生院的在岗人员，工作地点是_____（填写乡镇卫生院/村卫生室的《医疗机构执业许可证》中核准的执业地点）。

特此声明：如上述声明内容与事实不符，自愿承担由此产生的一切后果及责任。

考生本人手写签名：

日期： 年 月 日

考生以上声明属实。

所在乡镇卫生院/村卫生室（盖章）：

法定代表人签名：

日期： 年 月 日

附件 2

报考试点乡村全科执业助理医师知情同意书(2017 年版)

本人已认真阅读了《关于开展 2017 年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》(粤医考办〔2017〕4 号)文件,并已了解以下情况:

一、乡村全科执业助理医师资格考试条件、考试安排和管理政策。

二、当年不能同时报考全国医师资格考试其他类别考试。

三、乡村全科执业助理医师执业地点限定为该乡镇卫生院或村卫生室。

四、文件中的其他内容。

本人将严格遵守文件相关规定,如有违反,本人愿意承担相应的责任并接受相应处理,欢迎社会各界人士监督。

考生手写签名:

日期:

所在县卫生局、乡镇卫生院或村卫生室盖章确认已履行告知义务,并承诺该考生符合《关于开展 2017 年乡村全科执业助理医师资格考试试点工作的通知》(粤医考办〔2017〕4 号)规定的报名条件。

所在乡镇卫生院 (盖章)

法定代表人签名:

日期:

所在县卫生局 (盖章)

负责人签名:

日期:

本知情同意书一式叁份,一份报名使用,一份所在乡镇卫生院或村卫生室保管,一份县卫生局存档。