附件1

医师资格考试医学综合考试

贵州考区计算机化考试知情同意书

考生姓名： ，身份证号码： 。

本人已知悉2023年医师资格考试医学综合考试将使用计算机化考试的方式进行，了解并同意以下情况：

1. 自愿遵守计算机化考试相关的考试规定。
2. 因计算机化考试的特殊性，在考试过程中发生断电、断网或计算机故障等异常情况，导致考试延迟或无法正常进行时。自愿服从考点及考场考务人员的管理，按照国家医师资格考试计算机化考试异常情况处理规定的处置办法，待异常情况处理完毕后，继续完成考试。如发生异常情况时未服从考点和考场考务人员管理的，本人自愿承担所产生之后果。

考生签名：

 年 月 日