医师执业、变更执业、多机构备案

申请审核表

医 师 姓 名： XXX

医师资格证书编码： 如实填写

医师执业证书编码： 如实填写

填 表 时 间： XXX 年 X 月 X 日

国家卫生健康委员会监制

**填表说明**

1.本表供取得《医师资格证书》后申请医师执业注册、变更执业、多机构备案事项时使用。

2.一律用钢笔或毛笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

5.申请执业类别请选填临床、中医（中西医结合）、口腔或者公共卫生。

6.学历应填写与申请类别相应的最高学历。

7.“相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 姓 名 | XXX | 性 别 | 如实填写 | 民 族 | 如实填写 |
| 出生日期 | XX 年 X 月 X 日 | | | 专业技术职务任职资格 | 职称 |
| 身份证号 | 如实填写 | | | | |
| 所学系、专业 | 同毕业证书 | | | 学 历 | 如实填写 |
| 家庭地址及邮编 | | 如实填写 | | | | 健康状况 | 如实填写 |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 | | 如实填写 | | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | | 如实填写 | | | | | |
| 其他要说明  的问题 | |  | | | | | |
| 个  人  工  作  经  历 | 时间 | 单位 | | | | 技术职务 | 证明人 |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |
|  |  | | | |  |  |

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

1. **医师执业注册（仅供取得《医师资格证书》后申请执业注册者填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请执业级别 | 执业医师或助理医师 | 申请执业类别 | | 临床、口腔、公卫或中医 | | 申请执业  范围 | | 内、外.... | |
| 申请执业机构名称 | 受聘医院名称 | | | | | 机构登记号 | | 同受聘医院执照副本 | |
| 申请执业机构地址 | 同受聘医院执照副本 | | | | | | | | |
| 邮政编码 | 如实填写 | | 单位电话 | | 如实填写 | | 拟在该机构执业时间 | | X 年 X 月 X 日 |
| 本人意见 | 申请人签字： xxx X 年 X 月 X 日 | | | | | | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：同意    负责人：xxx  印章  X 年 X 月 X 日 | | | | | | | | |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 |  | | | | | | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | | |

1. **医师变更**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟变更注册事项:  类别、地点、范围 | | | | | | | | |
| 申请变更注册理由:  写明变更地点、类别、范围原因  申请人签字： XXX X 年 X 月 X 日 | | | | | | | | |
| 原执业级别 | 执业医师或助理医师 | 原执业类别 | | 临床、口腔、公卫或中医 | 原执业范围 | | 内、外、妇....... | |
| 原执业机构  名称 | 原工作医院名称 | | | 机构登记号 | 同医院执照副本 | 单位  电话 | | 如实填写 |
| 邮政编码 | 如实填写 | | | 地址 | 如实填写 | | | |
| 拟执业级别 | 执业医师或助理医师 | | 拟执业类别 | 临床、口腔、公卫或中医 | 拟执业范围 | 内、外、妇....... | | |
| 拟执业机构  名称 | 现工作单位名称 | | | 机构登记号 | 同先工作医院执照 | 单位  电话 | | 如实填写 |
| 邮政编码 | 如实填写 | | | 地址 | 如实填写 | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：同意  负责人：XXX  印章  X 年 X 月 X 日 | | | | | | | |
| 拟执业所在卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | | | | | | | |

1. **多机构备案**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟执业机构  名称 | 聘任医院名称 | | 机构登记号 | 同聘任医院执照 | | |
| 机构地址 | 同聘任医院执照 | | | | | |
| 邮政编码 | 如实填写 | | 单位电话 | | 如实填写 | |
| 有效期开始时间 | | X 年 X 月 X 日 | 有效期结束时间 | | | X 年 X 月 X 日 |
| 拟执业机构  意见 | 意 见： 同意      负责人： xxx  印章  X 年 X 月 X 日 | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**