**医师变更执业范围业务培训考核证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  | 执业地点 |  |
| 拟申请的执业范围 |  | 接受培训的执业范围 |  |
| 接受培训起止日期：  |
| 培训单位考核结果：负责人： 年 月 日 （单位盖章） |