**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） | | | | | |