医师执业、变更执业、多机构备案

申请审核表

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

填 表 时 间： 年 月 日

国家卫生和计划生育委员会监制

**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、毛笔或中性笔填写，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6个月2寸白底免冠正面半身照。

**1．申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  |
| 所学系、专业 |   | 学 历 |  |
| 家庭地址及邮编 |  | 健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 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（拟注册事项**□**首次注册、**□**助理升执业注册、**□**多地点注册）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请执业级别 |  | 申请执业类别 |  | 申请执业范围 |  |
| 申请执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 申请执业机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  | 拟在该机构执业时间 |  |
| 本人意见 |  本人承诺，对所有申报材料真实性负责，且不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，特此证明。 申请人签字： 年 月 日 |
| 拟执业机构意见 |  意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。   负责人： 印章  年 月 日 |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 | 详见附件 |
| 卫生计生行政部门意见 | 执业级别： 意 见：执业类别： 执业范围： 执业地点： 负责人： 印章  年 月 日 |

1. **医师变更（同一执业地点变更主要执业机构、变更执业地点、变更执业范围、变更执业类别注册填写）**

|  |
| --- |
| 拟变更注册事项：□同一执业地点变更主要执业机构 □变更执业地点□变更执业范围 □变更执业类别 |
| 申请变更注册理由:申请人签字： 年 月 日 |
|  原执业级别 |  | 原执业类别 |  | 原执业范围 |  |
| 原执业机构名称 |  | 机构登记号 |  | 单位电话 |  |
| 邮政编码 |  | 地址 |  |
| 拟执业级别 |  | 拟执业类别 |  | 拟执业范围 |  |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  | 单位电话 |  |
| 邮政编码 |  | 地址 |  |
| 拟执业机构意见 |  意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。  负责人： 印章  年 月 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： 执业地点： 负责人： 印章  年 月 日 |

**4.多机构备案**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 有效期开始时间 |  |  有效期结束时间 |  |
| 拟执业机构意见 | 意 见：我单位同意聘用该医师，对所有申报材料真实性负责，且证明该医师不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一不予注册的情形，身体状况良好，能够胜任医疗、预防、保健业务工作，特此证明。   负责人：  印章  年 月 日 |

|  |
| --- |
|  |

**5.备注**