

甘肃省医疗、预防、保健机构医师聘用证明

姓名	焯磊	性别	男	年龄	XX	
起聘时间	20xx年x月x日	执业级别(请打√)	√执业医师 执业助理医师			
执业类别(请按医师资格证所属打√):		1. √ 临床 2. 口腔 3. 中医 4. 公共卫生				
执业范围(请按专业选取): 1. 临床类: 内科(含老年医学、传染病专业、心电图) √外科(含运动医学、麻醉、骨科) 妇产科(含妇女保健) 儿科(含儿童保健) 眼耳鼻喉科 皮肤病与性病 精神卫生(含精神病专业、心理卫生) 职业病(含放射病专业) 医学影像与放射治疗(含核医学、超声诊断、脑血流图) 医学检验、病理 急救医学 康复医学 预防保健 计划生育技术服务 2. 口腔 3. 公共卫生 4. 中医(含中医、中西医结合、民族医)						
现工作科室:	XX科					
负责人签字或盖章:						
执业机构名称(加盖公章):						
备注:						