

医师执业、变更执业、多机构备案 申请审核表

医 师 姓 名： _____ 烨磊 _____

医师资格证书编码： _____ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____

医师执业证书编码： _____ XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX _____

填 表 时 间： 2018 年 9 月 5 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. 一律用钢笔或碳素笔填写，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。

8. 填写栏目内聘用科目时，申请临床、口腔类别的按《医疗机构诊疗科目名录》一级科目填写；申请中医类别的，按《医疗机构诊疗科目名录》二级科目填写；申请公共卫生类别的，参照公共卫生职业分类填写。

9. 取得执业助理医师资格后，又取得执业医师资格的，医师资格证书编码只填写执业医师资格证书编码。

10. 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果栏目由取得医师资格证书两年后申请首次注册者、或者是申请变更执业范围的医师、或者是申请重新注册的医师填写；考核或培训机构的证明另纸附上。

11. “执业范围”内容填写要求：

（1）医师申请执业注册，本人对执业范围的要求可在表中由申请人填写的“其他要说明的问题”栏填写。执业机构、执业机构所属注册主管部门在审核批准时，应将核准的执业范围填写在“拟聘用的科目”和“聘用的科目”栏内。

（2）因医师执业的医疗机构诊疗科目限制或需特别限制医师执业范围的，注册机关应当在医师执业证书“备注”栏中注明。

12. 申请变更执业类别的，须将省级卫生健康行政部门颁发的医师资格证书及复印件附上，并将原类别的医师执业证书交回原注册主管部门方可另行注册。

13. 如填写内容较多，可另加附页。

1. 申请人情况

	姓名	焯 磊	性别	男	民族	汉
	出生日期	1950年 6月 20日		专业技术职务任职资格	副主任医师	
	身份证号	620102XXXXXXXXXXXX				
	所学系、专业	临床		学历	专科	
家庭地址及邮编	甘肃省兰州市城关区 xxx 社区 xx 号 xx 室 邮编：730030			健康状况	良好	
业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果						
何时何地因何原因受过何种处罚或处分	无					
其他要说明的问题	无					
个人工作经历	时间	单位		技术职务	证明人	
	1974-1987	XXXX 医院		主治医师	X X X	
	1988-至今	XXXX 医院		副主任医师	X X X	

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

3. 医师变更

拟变更注册事项: 主要执业机构变更至: XXXX 医院						
申请变更注册理由: 变更执业地点						
申请人签字: 焯 磊			2018 年 9 月 5 日			
原执业级别	执业医师	原执业类别	临床	原执业范围	外科专业	
原执业机构名称	XXXX 医院		机构登记号	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	单位电话	0931-XXXXXXX
邮政编码	730030		地址	甘肃省兰州市城关区 XXXX 路 X 号		
拟执业级别	执业医师	拟执业类别	临床	拟执业范围	外科专业	
拟执业机构名称	XXXX 医院		机构登记号	XXXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXXX	单位电话	0931-XXXXXXX
邮政编码	730030		地址	甘肃省兰州市城关区 XXXX 路 X 号		
拟执业机构意见	<p>意见: 同意</p>  <p>负责人:  印章</p> <p>2018 年 9 月 5 日</p>					
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			

5. 备注