

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. 一律用钢笔或毛笔填写，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。

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。

2. 医师执业注册（仅供取得《医师资格证书》后申请执业注册者填写）

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	<p>申请人签字：_____ 年 月 日</p>				
拟执业机构意见	<p>意见：_____</p> <p>负责人：_____</p> <p>印章 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>				
与拟执业机构聘用（劳动）合同附本					
卫生计生行政部门意见	<p>执业级别：_____ 意见：_____</p> <p>执业类别：_____</p> <p>执业范围：_____ 负责人：_____</p> <p>执业地点：_____</p> <p>印章 _____</p> <p>_____ 年 月 日</p>				

3. 医师变更

拟变更注册事项:						
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: 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: 负责人: 执业地点: 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	<p>意 见:</p> <p style="text-align: right;">负责人: 印章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

5. 备注

--