医师执业注册申请审核表

姓　　名：_____

医 师 资 格 级别：_____

类别：_____

医师资格证书编码：_____

医师执业证书编码：_____

填表时间：　　年　　月　　日

中华人民共和国卫生部监制

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、封面、表1—2由申请人填写，表3—4由有关部门填写，封面的医师执业证书编码由注册主管部门填写。

4、表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5、申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

6、申请执业类别请选填临床、中医、口腔或公共卫生。

7、学历应填写与申请类别相应的最高学历。

8、“相片”一律用近期二寸免冠正面半身照。

9、取得医师资格证书后二年内首次注册者不填写业务水平考核机构或组织的名称和培训时间及考核结果、考核和培训机构或组织的意见栏目。

10、如填写内容较多，可另加附页。

<table>
<tr><td>姓　　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>出生年月</td><td></td><td>民　族</td><td></td></tr>
<tr><td>学　　历</td><td></td><td>所学系、
专业</td><td></td></tr>
<tr><td>家庭地址及
邮政编码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>专业技术职务
任职资格</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申请执业
机构名称及
登记号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申请执业
机构地址</td><td colspan="2"></td><td>邮政
编码</td><td></td></tr>
<tr><td>申请执业类别</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>获得执业助理医师
资格的时间</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>获得执业医师时间</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>何时何地因何
种原因受过何
种处罚或处分</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

个 人 工 作 经 历			
时 间	单 位	技术职务	证 明 人
身体和健康状况			
业务水平考核机构或组织的名称和培训时间及考核结果			
其他要说明的问题			
	申请人签字： 年 月 日		

考核和培训机构或组织的意见（包括培训时间及考核结果）	负责人：　　年　　月　　日
执业机构意见	级别： 类别： 拟聘用科目： 负 责人：　　年　　月　　日
执业机构上级主管部门审批意见	级别： 类别： 拟聘用科目： 负　责　人：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="2">卫生行政部门
审批意见</td><td colspan="2">执业机构及登记号：

机构地址及邮编：

级别：

类别：

聘用的科目：

印　章
负责人：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">医师执业证书
编码</td><td>执业医师</td></tr>
<tr><td>执业助理医师</td></tr>
<tr><td>备　注</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>