医师变更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:_____

原医师执业证书编码:_____

新医师执业证书编码:_____

填表时间:　　年　　月　　日

中华人民共和国卫生部监制

填　表　说　明

1、本表供变更医师执业注册事项使用。

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3-5由有关部门填写，封面的新医师执业证书编码由注册主管部门填写。

4、跨省、自治区、直辖市变更执业注册事项的填写封面的新医师执业证书编码。

5、表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

6、申请执业级别请选填执业医师或执业助理医师。

7、申请执业类别请选填临床、中医、口腔或公共卫生。

8、学历应填写与申请类别相应的最高学历。

9、“相片”一律用近期二寸免冠正面半身照。

10、申请变更执业地点的，申请人需在拟变更执业注册事项中填写拟变更的医疗机构的名称，登记号、地址及邮政编码。

11、填写栏目中聘用科目时，参照卫生部和国家中医药管理局规定的有关医师执业范围填写。

12、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>原执业机构名称及登记号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>原执业机构地址</td><td colspan="2"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
<tr><td>原执业级别</td><td></td><td>原执业类别</td><td colspan="2"></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>获得执业医师资格的时间</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			
其他要说明的问题			
	申请人签字： 年 月 日		

拟变更注册事项	
变更注册理由	申请人签字：　　年　　月　　日
原执业机构意见	印　章 负责人：　　年　　月　　日
原执业机构上级主管部门审批意见	印　章 负责人：　　年　　月　　日

原注册卫生行政部门审批意见	印　章 负责人：　　年　　月　　日
拟执业机构意见	级别： 类别： 拟聘用科目： 印　章 负责人：　　年　　月　　日
拟执业机构上级主管部门意见	级别： 类别： 拟聘用科目： 印　章 负责人：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>卫生行政部门的审批意见</td><td>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></td></tr>
</table>