

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”一律用近期二寸白底免冠正面半身照。

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. 医师变更

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------|-------|----------------------------|------|----------|
| 拟变更注册事项: | | | | | | |
| 申请变更注册理由: 工作需要 | | | | | | |
| 申请人签字: | | | 年 月 日 | | | |
| 原执业级别 | 执业医师 | 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 | 执业医师 | 拟执业类别 | | 拟执业范围 | | |
| 拟执业机构名称 | 云南省第一人民医院 | | 机构登记号 | 43120181653 011211A1001 | 单位电话 | 63627043 |
| 邮政编码 | 650032 | | 地址 | 昆明市西山区金碧路 157 号 | | |
| 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> | | | | | |
| 拟执业所在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 style="text-align: right;">印 章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> | | | | | |

云南省第一人民医院医师执业注册、变更聘用证明

| | | | | | |
|------------|---|-----|--|------|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 出生年月 | |
| 民 族 | | 籍 贯 | | 受聘科室 | |
| 身份证号 | | | | 学 历 | |
| 聘用/规培时间 | 自 年 月 至 年 月 | | | | |
| 编制类型 | 编制内 <input type="checkbox"/> 编制外合同制 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | | | |
| 聘用科室 审核 | 签章 年 月 日 | | | | |
| 人事处 审核 | 签章 年 月 日 | | | | |
| 医院审核 | 签章 年 月 日 | | | | |

说明：属于住院医师规范化培训学员的“受聘科室”无需填写，“聘用时间”需写规培时间。“聘用科室审核”由科教处负责审核盖章。

医师变更执业范围注册需提供资料目录（仅提供标红部分）

| 序号 | 材料名称 | 备 注 |
|----|--|--|
| 1 | 《医师执业、变更执业、多机构备案申请表》1份 | 填表 |
| 2 | 身份证复印件1份 | 验原件收复印件 |
| 3 | 《医师资格证书》复印件1份 | 复印件有印章和个人信息的在同一页面 |
| 4 | 《医师执业证书》原件及复印件各1份 | 复印件有印章和个人信息的在同一页面 |
| 5 | 取得与拟变更的执业范围相应的高一层次毕业学历；或在高一层次机构接受相应专业的系统培训2年或专业进修满2年或系统进修和专业进修合计满2年，并考核合格证明。 | 毕业证原件复印件一致，收复印件。或培训考核合格证明原件。 |
| 6 | 与拟执业机构聘用（劳动）合同或聘用证明 | 应含聘用诊疗科目（室）名称和聘用时限，填写诊疗科目时，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。 |
| 7 | 拟聘用单位《医疗机构执业许可证》副本完整复印件1份。 | |
| 8 | 近6个月内二寸（约50mm*35mm）白底免冠彩照1张 | 贴申请表 |
| 9 | 卫生行政部门要求提供的其它材料 | |