

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。

医师执业地点变更需提供资料目录 （仅需提供标红部分）

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	《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， 验原件收复印件
3	《医师执业证书》复印件各1份，原件1份	复印件有印章和个人信息的在同一页面
4	身份证复印件1份	验原件收复印件
5	与拟执业机构聘用（劳动）合同或聘用证明	
6	聘用单位《医疗机构执业许可证》副本完整复印件	医务处提供
7	近6个月内二寸(约50mm*35mm)白底免冠彩照2张	所提供的照片须一致，1张贴申请表
8	卫生行政部门要求提供的其它材料	