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。

1. **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 | 申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：  负责人：  印章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 与拟执业机构聘用（劳动）合同附本 |  | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

1. **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 | | | | | | | |

1. **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 | 意 见：  负责人：  印章  年 月 日 | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

1. **备注**

**医师执业注册承诺书**

陕西省卫生和计划生育委员会：

姓名： 身份证号：

确认本人在提交本次注册时，不存在《医师执业注册管理办法》第六条规定的任一情形，特此承诺。

承诺人：

承诺日期：

附：《医师执业注册管理办法》第六条规定：

有下列情形之一的，不予注册：

（一）不具有完全民事行为能力的；

（二）因受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请注册之日止不满二年的；

（三）受吊销《医师执业证书》行政处罚，自处罚决定之日起至申请注册之日止不满二年的；

（四）甲类、乙类传染病传染期、精神疾病发病期以及身体残疾等健康状况不适宜或者不能胜任医疗、预防、保健业务工作的；

（五）重新申请注册，经考核不合格的；

（六）在医师资格考试中参与有组织作弊的；

（七）被查实曾使用伪造医师资格或者冒名使用他人医师资格进行注册的；

（八）国家卫生计生委规定不宜从事医疗、预防、保健业务的其他情形的。