医师执业、变更执业、多机构备案
申请审核表

医　师　姓　名：[redacted]
医师资格证书编码：[redacted]
医师执业证书编码：

填　表　时　间：2017 年 05 月 15 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	[redacted]	性别	[redacted]	民　族	[redacted]
出生日期	[redacted]年 [redacted]月 [redacted]日			专业技术职务任职资格	[redacted]
身份证号	[redacted]				
所学系、专业	[redacted]			学　历	[redacted]
家庭地址及邮编	[redacted]			健康状况	[redacted]
业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果	2016.01 – 2016.12				
何时何地因何种原因受过何种处罚或处分	无				
其他要说明的问题	无				

	时间	单位	技术职务	证明人
个人工作经历	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

注：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

---

2. 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	[redacted]	申请执业类别	[redacted]		申请执业范围	[redacted]	
申请执业机构名称	[redacted]				机构登记号	[redacted]	
申请执业机构地址	[redacted]						
邮政编码	[redacted]	单位电话	[redacted]		拟在该机构执业时间	[redacted]	
本人意见	申请人签字：[redacted]　[redacted]年 [redacted]月 [redacted]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：[redacted] 执业类别：[redacted] 执业范围：[redacted] 执业地点：[redacted]				意　见：[redacted] 负责人： 印章 17 年 5 月 22 日		

---

3. 医师变更

拟变更注册事项： XXXXXXXX						
申请变更注册理由： XXXXXXXXX 申请人签字：　XXX　　XXXX 年 XX 月 XX 日						
原执业级别	XX	原执业类别	XX	原执业范围	XXXX	
原执业机构名称	XXXXX	机构登记号	XXXX	单位电话	XXXX	
邮政编码	XXXXX	地址	XXXXXXXX			
拟执业级别	XXX	拟执业类别	XXX	拟执业范围	XXXXX	
拟执业机构名称	XXXXX	机构登记号	XXXXX	单位电话	XXXX	
邮政编码	XXXXX	地址	XXXXX			
拟执业所在卫生计生行政部门意见	执业级别： XXX 执业类别： XXXX 执业范围： XXXX 执业地点： XXXX			意　见：XXXX 负责人：XXXX 印章 XXXX 年 XX 月 XX 日		

---

4. 多机构备案

拟执业机构名称	XXXX	机构登记号	XXXXX
机构地址	XXXXXXX		
邮政编码	XXXX	电话号码	XXXXX
有效期开始	XXXXX	有效期结束	XXXXX
拟执业机构意见	意　见： XXXXXXXXXXXXXXXXX 负责人：　XXX 印章 XXXX 年 XX 月 XX 日		

5. 备注

XXXXXXXXXXXXXXXXX