附件

山东省医师执业注册（变更执业范围）申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期一寸免冠照 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 健康状况 |  | | |
| 身份证号码 |  | | |
| 联系地址 |  | | 联系电话 |  |
| 医师资格信息 | 资格证书编码 |  | | |
| 发证机关 |  | | |
| 发证日期 |  | | |
| 医师执业信息 | 执业证书编码 |  | | |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 发证机关 |  | | |
| 发证日期 |  | | |
| 申请考核、培训原因 | |  | | |
| 本人意见 | | 申请人签字： 年 月 日 | | |
| 培训考核时间 | |  | | |
| 培训考核基地 | |  | | |
| 培训考核结果 | |  | | |
| 基地内负责部门意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | |
| 基地意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | |
| 卫生健康行政部门意见 | | 负责人签字： 年 月 日 | | |