**医师执业申请审核表**

申请人姓名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

填表时间： 年 月 日

**★以下内容请申请人认真阅读后填写：**

**1.申请人已知悉并认同以下事宜：**

**☆（1）通过网上申请（预审）的，在卫生计生行政部门通知办结后，申请人或其委托代理人需到行政审批窗口提交申请材料原件，经与网上提交材料核对无误后当场领取行政许可证件（文书），但卫生计生行政部门办结后告知无需提交申请材料原件的除外。**

**（2）申请人同意卫生计生行政部门可采取包括快递到付在内的方式邮寄送达行政许可证件（文书）。行政许可证件（文书）邮寄至申请人确认的送达地址并经签收，即视为卫生计生行政部门已依法送达。**

**2.申请人自愿选择以下行政许可证件（文书）送达方式（请在相应项前的□中打√，且只能选择其中一种送达方式；如未选择填写，则默认为申请人或其委托代理人到行政审批窗口自行领取，但卫生计生行政部门主动采取邮寄送达方式并告知申请人的除外）：**

**□（1）申请人或其委托代理人到行政审批窗口自行领取 ；**

**□不接受邮寄送达（▲如同时选择该项，则卫生计生行政部门不采取邮寄送达，须由申请人或其委托代理人到行政审批窗口自行领取！）**

**□通过网上申请（预审），需提交、核验申请材料原件，执业助理医师申请执业医师注册的还需缴回原执业助理医师证书。**

**□（2）申请材料已现场提交，请快递邮寄至以下地址 ：**

**（邮政编码： ），收件人： ，收件人联系手机（电话）：**

**申请人签名：**

**日期： 年 月 日**

**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（含首次申请医师执业注册、重新申请医师执业注册、执业助理医师申请执业医师注册、新增执业地点）时使用。

2.内容应具体、真实，字迹端正清楚，并请勿使用铅笔、原珠笔填写。

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（含中医、民族医、中西医结合）、口腔或者公共卫生。

6.学历请填写与申请执业类别相应的最高学历。

7.“照片”一律用近6个月2寸白底免冠正面半身照片。

8.取得执业助理医师资格后，又取得执业医师资格并申请执业医师注册的，医师资格证书编码只需填写执业医师资格证书编码。

9.“执业范围”内容填写要求：

(1) 申请医师执业注册的，申请人对执业范围的要求可在表中“其他要说明的问题”栏填写。

(2)因医师执业机构诊疗科目限制或其他原因需依法特别限制医师执业范围的，注册主管部门应当在医师执业证书“备注”栏中注明，并书面告知申请人上述执业范围限制及其依据、救济权利。

10.如填写内容较多，相应栏目可另加附页。

**1.申请人情况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照片 | | 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  邮政编码 | |  | | | | 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.医师执业申请事项**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请  执业级别 |  | 申请  执业类别 | |  | | 申请  执业范围 | |  |
| 申请执业地点 |  | | | | | | | |
| 申请主要  执业机构名称 |  | | | | 申请主要执业  机构医疗机构执业许可证登记号 | | |  |
| 申请主要  执业机构地址及邮政编码 |  | | | | | | | |
| 申请主要  执业机构电话 |  | | 拟在主要执业机构  执业时间 | | | |  | |
| 本人意见 | **本人声明如下：遵守诚实守信准则，所填写内容及提供的申请材料均真实有效，如隐瞒有关事实、提供（填写）虚假申请材料（内容）将自愿接受相应失信管理与惩戒措施。**  申请人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 卫生计生  行政部门  意见 | 执业级别：  执业类别：  执业范围：  执业地点：  主要执业机构：  经办人：  负责人：（印章）  年月日 | | | | | | | |

**3.备注**

|  |  |
| --- | --- |
| 备注 |  |