附件2

乡村医生执业注册申请审核表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 照片  照片 |
| 出生年月 | 年 月 | | 民族 | 汉、回等 |
| 身份证号码 |  | | 健康状况 | 健康/良好/其他 |
| 家庭住址 | 市 乡 村 | | 联系电话 |  |
| 专业学历 | 研究生/本科/  大专 | | 毕业专业 | 临床、中医学、中西医 | |
| 毕业时间 | 年 月 | | 毕业学校 |  | |
| 拟聘用村卫生室名称 |  | | 拟聘用村  卫生室所在地 | 乡(镇)村 | |
| 拟聘用村卫生  室执业许可证  登记号 |  | | 联系电话 |  | |
| 是否具有不予 注册的情形 | 是(选填《条例)第十四条)/否 | | | | |
| 何时何地因何 种原因受过何 种奖励或表彰 |  | | | | |
| 何时何地因何 种原因受过何 种处罚或处分 |  | | | | |
| 本人确认并承诺以上信息真实无误，现申请执业注册。  如有虚假，愿承担相应法律责任。  ( 点击确认并打印)申请人(签名):  年 月 日 | | | | | | |
| 拟聘用村卫生室  意 见 | | 负责人签名：(公章)  年 月 日 | | | | |
| 拟执业地乡镇卫生院  (社区卫生服务中心)  意 见 | | 负责人签名：(公章)  年 月 日 | | | | |
| 县级卫生健康行政  部门业务审核意见 | | 业务科室负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 县级卫生健康行政  部门审批意见 | | 负责人签名： (公章)  年 月 日 | | | | |