

附件

山东省医师多点执业注册申请审核表

姓名		性别		照片
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			
专业技术资格信息	从事专业			
	专业技术职务任职资格			
	专业技术职务任职资格证书编码			
	发证部门			
	发证日期			

医师定考情况	考核时间	考核机构	考核结果
已注册执业地点情况	注册执业地点名称	执业注册日期	执业登记的 卫生计生行政部门
拟增加执业地点名称			
申请人签名		申请日期 年 月 日	
拟增加执业地点的医疗机构意见:			
类别:			
拟聘用科目:			
法定代表人(负责人)签名:			
印章 年 月 日			
拟增加执业地点卫生计生行政部门审批意见:			
经办人签名:			
负责人签名:			
印章 年 月 日			