附件：

乡村医生执业注册申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | 性别 | 男/女 | （照片） |
| 出生年月 | | | 年 月 | 民族 |  |
| 身份证号码 | | |  | 健康状况 | 健康/良好/其他 |
| 家庭地址 | | |  | 联系电话 |  |
| 专业学历 | | | 研究生/本科/大专 | 毕业专业 | 临床医学、中医学类、中西医结合类 | |
| 毕业时间 | | | 年 月 | 毕业学校 |  | |
| 拟聘用村医疗卫生机构名称 | | |  | | 拟聘用村医疗卫生机构所在地 |  |
| 拟聘用村医疗卫生机构执业许可证登记号 | | |  | | 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。**  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| 拟聘用村委会（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 | | | | | |
| 示范区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 | | | | | |
| 示范区卫生健康行政部门审批意见 | 负责人签名：（公章）  年 月 日 | | | | | |