附件1

乡村医生执业注册申请审核表

姓 名：

乡村医生资格证书编码：

乡村医生执业证书编码：

填表时间： 年 月 日

**广东省卫生健康委监制**

填 表 说 明

1.本表供取得《乡村医生资格证书》后申请乡村医生执业注册使用。

2.一律用钢笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.封面、表1—2由申请人填写，表3—4由有关部门填写，封面的乡村医生执业证书编码由注册主管部门填写。

4.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.学历应填写最高学历。

6.“相片”一律用近期二寸免冠正面半身彩色照片。

7.如填写内容较多，可另加附页。

8.执业范围按《乡村医生执业注册中执业范围规定》填写。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期二寸免冠正面半身彩色照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 所学系、专业 |  |
| 家庭地址及邮政编码 |  |
| 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号码 |  |
| 申请执业机构名称及登记号 |  |
| 申请执业机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 申请执业类别 |  |
| 获得乡村医生资格的时间 |  |
| 从事乡村医生开始的时间 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |

|  |
| --- |
| 个 人 工 作 经 历 |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 身体和健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织的名称和培训时间及考核结果 |  |
| 其他要说明的问题及申请的执业范围 |  |
|  | 申请人签字： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 村委意见 |  印 章负责人： 年 月 日 |
| 村医疗卫生机构上级主管部门（乡镇卫生院）意见 |  印 章负责人： 年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 县级卫生健康行政部门审核意见 | 执业机构及登记号：机构地址及邮编：核准的执业范围： 印 章负责人： 年 月 日 |
| 乡村医生注册执业证书编码 |  |
| 备 注 |  |

广东省乡村医生执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近期二寸免冠正面半身彩色照片（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 既往病史 |  |
| 家 族 史 |  |
| 眼 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名 |
| 矫正视力 |  |  |
| 眼 疾 |  |  |
| 色 觉 |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 耳 疾 |  |  |
| 鼻及鼻窦 |  |  |
| 嗅 觉 |  |
| 咽 |  |
| 喉 |  |
| 口腔 | 粘 膜 |  | 医师意见：签名： |
| 牙及牙龈 |  |
| 舌 |  |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 |  / mmHg | 医师意见；签名： |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 肝、脾、双肾 |  |
| 腹部包块 |  |
| 其 他 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科 | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  |
| 其 他 |  |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | 医师签名： |
| 心电图 |  | 医师签名： |
| 肝功能 |  | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | 检验师签名： |
| 血常规 |  | 血型 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | 检验师签名： |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病④传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他 二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：   体检医院盖章医师签名： 体检日期： 年 月 日 填报日期： 年 月 日  |
| 村医疗卫生机构意见 |  村医疗卫生机构盖章 负责人签名： 填报日期： 年 月 日 |