附件2

乡村医生再注册执业申请审核表

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.本表供申请乡村医生执业再注册使用。

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。

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 |  |
| 原执业机构名称及登记号 |  |
| 原执业机构地址 |  | 邮政编码 |  |
| 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 |

|  |  |
| --- | --- |
| 村民的评价、建议及投诉 | 填表人： 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 |  |