

变更执业范围等事项培训申请表

(培训基地：淄博市中医医院)

姓名		性别		年龄		2 寸免冠照片
学历		学位		政治面貌		
籍贯				英语等级		
毕业院校				毕业时间		
工作年限				职称		
现工作岗位				原执业范围		
医师资格证号				拟培训专业		
执业医师证号				身份证号码		
所在单位医务主管部门联系人及联系电话						
个人联系方式				电子邮箱		
培训对象类型	在培训类型打 (✓) 1. 在省卫生计生委注册的执业医师或者执业助理医师年度考核不合格者； () 2. 获得执业医师资格或执业助理医师资格后二年未注册者； () 3. 中止医师执业活动二年以上，重新申请注册的人员； () 4. 原卫生部《医师执业注册暂行办法》第五条规定不予注册的情形消失，重新申请注册的人员； () 5. 已注册的执业医师或者执业助理医师申请变更执业范围，但未取得拟变更专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历条件者。 ()					
个人简历	个人签名： 年 月 日					

所在单位 意见	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日
当地注册 机构意见 （省属单位 只需所在单位 审核并盖章）	负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日
委托培训 机构意见	单位（盖章） 年 月 日

备注：

1. 请按规定时间参加现场资格审查；
2. 本申请表一式四份，双面打印，按要求如实填写，不得弄虚作假，不得随意涂改。须经申请人所在单位和上级医疗卫生行政部门（或所在地行政审批机构）盖章同意。