附件1

# 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 |
| 出生年月 | |  | 民 | 族 |  | | | 二寸免冠 |
|  | |  | | 正面半身 |
|  | |  |  | |  | | |
| 学 | 历 | 所学系、专业 | | 彩色照片 |
| 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 | 负责人： | 年 | 印月 | 章  日 |
| 村医疗卫生 | 负责人： | 年 | 印月 | 章  日 |
| 机构上级 |
| 主管部门 |
| （乡镇卫生 |
| 院）意见 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 执业机构及登记号： |
| 县级  卫生健康行政部门  审核意见 | 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 |  |