受理编号：

医师多机构备案申请表

医师姓名：

医师资格

证书编码：

医师执业

证书编码：

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  |
| 所学系、专业 |   | 学 历 |  |
| 家庭地址及邮编 |  | 健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他要说明的问题 |  |
| 个人工作经历 | 时间 | 单位  |  技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

 2.主执业机构变更后，与其相关联的备案机构全部失效。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要执业机构情况 | 机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 拟备案机构情况 | 机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 有效期开始时间 |  | 有效期结束时间 |  |
| 本人意见 | 意见：医师本人签名： 年 月 日 |
| 拟备案机构意见 | 意 见：   负责人： 公章  年 月 日 |
| 办理情况 | 承办人： 办理日期： 年 月 日 |

**需提供的材料清单：**

1.《医师多机构备案申请表》2份；

2.《医师执业证书》复印件；

3.近期小2寸免冠正面彩色照片2张。