附件

乡村医生执业注册申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 | 男/女 | （照片） |
| 出生年月 | | 年 月 | | 民族 | 汉、回等 |
| 身份证号码 | |  | | 健康状况 | 健康/良好/其他 |
| 家庭地址 | | 县、乡、村 | | 联系电话 |  |
| 专业学历 | | 研究生/本科/大专 | | 毕业专业 | 临床医学、中医学类、中西医结合类 | |
| 毕业时间 | | 年 月 | | 毕业学校 |  | |
| 拟聘用村卫生室名称 | |  | | | 拟聘用村卫生室所在地 | 县（区）、乡（镇）、村 |
| 拟聘用村卫生室执业许可证 登记号 | |  | | | 联系电话 |  |
| 是否具有不予注册的情形 | | 是（选填《条例》第十四条）/否 | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种奖励或表彰 | |  | | | | |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 | |  | | | | |
| 本人确认并承诺以上信息真实无误，现申请执业注册。  如有虚假，愿承担相应法律责任。  （点击确认并打印）申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | |
| 拟聘用村卫生室意见 | | 负责人签名：（公章）  年 月 日 | | | | |
| 拟执业地乡镇卫生院意见 | | 负责人签名：（公章）  年 月 日 | | | | |
| 县级卫生健康行政部门业务审核意见 | | 业务科室负责人签名：  年 月 日 | | | | |
| 县级卫生健康行政部门审批意见 | | 负责人签名：（公章）  年 月 日 | | | | |

抄送：各乡镇人民政府

栾川县卫生健康委员会办公室 2021年7月27日印发