附录 2： 申请文书

乡村医生执业注册申请表

姓 名：

执 业 地 点：

乡 村 医 生

执 业 证 书 编 码 :

填 表 时 间: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | |  |
| 出生年月 |  | 民 族 | |  | |
| 文化程度 |  | 家庭电话 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 个 人 工 作 经 历 | | | | | | |
| 时 间 | 单 位 | | | | 证 明 人 | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| 申请执业地 的村医疗卫 生机构名称 |  | | 联系电话 | |  | |
| 村医疗卫生 机 构 地 址 |  | | 邮政编码 | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 是否取得县级以上卫生计生行政部门颁发的乡村医 生证书 | | | | | | | |  |
| 证书名称 | |  | | | 发证 机关 | | |  |
| 取得证书时间 | | 年 月 | | | | | | |
| 是否取得国民教育序列中等以上医学专业学历 | | | | | |  | | |
| 专业学历水平 | |  | | 毕业学校 | |  | | |
| 取得学历时间 | | 年 月 | | | | | | |
| 开始从事乡村医生工作的时间 | | | 年 月 | | | | | |
| 期间是否离开过乡村医生工作岗位 | | |  | | | | | |
| 离开乡村医生岗位的起至时间 | | | 年 月至 年 月，  或累计 年 | | | | | |
| 离开乡村医生岗位期间所从事的职业 | | |  | | | | | |
| 是否已取得省级卫生计生行政部门认 定的乡村医生培训合格证书 | | |  | | | | | |
| 证书名称 |  | | 发证机关 | | | | |  |
| 取得证书时 间 | 年 月 | | | | | | | |
| 是否参加省卫计委组织的乡村医生执业注册资格培 训 | | | | | | |  | |
| 培训地点 |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 是否取得省卫计委验印的《乡村医生 执业注册资格培训合格证》 | |  |  | |
| 其它需要说明的问题： | | |  | |
|  | 村医疗卫生机构执业登记号： | |  |  |
| 村医疗卫  生机构意  见 |  | |  |  |
|  | 负责人签名： 年 | | （印章） 月 日 |  |
| 拟 聘 用 单位意见 |  | |  |
|  | 负责人签名： 年 | | （印章） 月 日 |  |
| 卫生  计生  行政 | 经审查，按照 第  规定，乡村医生执业注册。 | | 条 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 部门  审批  意见 |  |  |  |  |
|  | 负责人签名： |  | 年 | （印章） 月 日 |
| 执业证书 编 码 |  |  |  |  |
| 执业证书 有 效 期 | 自 年 月至 | 年 | 月 |  |
| 备 注 |  |  |  |  |

填 表 说 明

1、本表仅供乡村医生申请执业注册使用。

2、一律用钢笔或毛笔填写，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 由有关部门填写，封面的乡村医生 执业证书编码由注册主管部门填写。

4、表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5、“相片”一律用近期二寸彩色免冠正面半身照。

6、如填写内容较多，可另加附页。

附录 3 结果样本图

