附件1

**医疗机构医师执业注册注销申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 医师资格证书  编号 |  | | |
| 医师执业证书  编号 |  | | |
| 执业级别 |  | | |
| 执业类别 |  | | |
| 执业范围 |  | | |
| 注销注册原因 |  | | |
| 单位意见 | 经办人： 印章  年 月 日 | | |
| 卫生健康行政  部门意见 | 经办人： 印章  年 月 日 | | |