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 |