附件1

**医疗机构执业医师注册备案申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| 注册备案原因 |  |
| 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 |

附件2

**医师执业注册备案人员汇总表**

医疗机构名称：（盖医院公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 医师资格证书编码 | 医师执业证书编码 | 备案原因 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |

审验人员签字：

年 月 日