附件

**执业医师多机构备案人员一览表**

**医疗机构名称：（盖医院公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 省份 | 姓名 | 身份证号 | 医师资格  证书编码 | 医师执业  证书编码 | 执业  级别 | 执业  类别 | 主要执业  机构 | 其他执业  机构 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审验人员签字：

年 月 日