附件1

**承诺书**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

我单位(个人)为申请执业医师注册，所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我单位(个人)愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

承诺人签名：

承诺单位：(盖章)

年 月 日

附件2

**医师执业注册培训考核合格证明**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号 |  |
| 专业技术任职资格 |  |
| 工作单位 |  |
| 医师资格级别 |  | 医师资格类别 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 培训专业 |  | 培训起始时间 |  |
| 其他需要说明的事项 |  |
| 培训考核合格意见 | （盖章）责任人签名： 年 月 日 |

附件3

**规培证明**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

同志（身份证号：）年在我院参加专业住院医师规范化培训，成绩合格。规培时间为年月日-年月日，以上情况属实，请予以办理。

特此证明。

单位名称：

（加盖公章）

年 月 日

附件4

**医师执业注册健康检查表**

指定体检医院名称: 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近照体检单位骑缝章 |
| 工作单位 |  |
| 出生地 |  | 民族 |  |
| 即往病史 |  |
| 家族史 |  |
| 外科 | 甲状腺 |  | 脊柱 |  | 医师签字： |
| 淋巴 |  | 四肢 |  |
| 肛门 |  | 关节 |  |
| 泌尿生殖器 |  |
| 其它 |  |
| 内科 | 血压 |  | 医师签字: |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师签字： |
| 心电图 |  | 医师签字： |
| 转氨酶 |  | 化验员签字： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 色觉 | 右 | 其它眼疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳疾 |  |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 咽喉 |  |
| 其它 |  |
| 主检结果 | （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）结果： 1：健康或良好 2：一般或较弱 3：有慢性病（如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：） 1.心血管病 6.结核病 2.脑血管病 7.糖尿病 3.慢性呼吸系统病 8.神经或精神病 4.慢性消化系统病 9.其它慢性病(具体): 5.慢性肾炎体检医院盖章主检医师签字: 填写日期: 年月日 |
| 注册机关意见 | 注册机关盖章填报日期：年月日 |

注：1.表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。

2.体检后此表交注册机关。

3.X线.心电图.肝功报告单请贴在背面。

4.体检有效期为6个月

附件5

**医 师 聘 用 证 明**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 学历 |  |
| 身份证号码 |  |
| 拟执业机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 医疗机构地址 |  |
| 拟执业范围 |  |
| 我单位聘用在科从事岗位工作. 聘期年,自年月日起至年月日止。 |
| 法定代表人签字：单位盖章年月日 |

注：本表由执业机构用钢笔或者签字笔填写,内容真实,字迹清晰.

附件6

**医师/执业助理医师执业注册人员汇总表**

**医疗机构名称：（盖医院公章）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 民族 | 身份证号码 | 医师资格证书编码 | 执业类别 | 聘用科室 | 成绩 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

**医疗机构医师执业注册人员材料审核表**

**审验人员签字：（盖医院公章）**

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构名称 |  |
| 办理日期 |  | 总人数 |  |
| 提交材料一览表 | 单位审验 | 上级卫生健康行政部门审验 |
| 1．承诺书 |  |  |
| 2．医师执业申请审核表 |  |  |
| 3．拟执业机构《医疗机构执业许可证》副本复印件 |  |  |
| 4．《医师资格证书》复印件 |  |  |
| 5．有效身份证复印件 |  |  |
| 6．毕业证书复印件 |  |  |
| 7．规培证明 |  |  |
| 8．为期连续6个月以上的培训考核合格证明 |  |  |
| 9．健康检查表 |  |  |
| 10．2张照片 |  |  |
| 11．聘用证明 |  |  |
| 12．注册人员名单汇总表 |  |  |

**注：单位审验和上级卫生行政部门审验处需有关负责人在相应表格内打“√”。**