附件1

**承诺书**

新疆维吾尔自治区卫生健康委员会：

本人为申请补办《医师执业证书》所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

 申请人签名：

 年 月 日

附件2

**补办《医师执业证书》申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 近期小2寸免冠正面半身照片 |
| 出生日期 |   | 民 族 |  |
| 毕业学校 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  |
| 执业机构 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 医师执业证书编码：执业地点：执业类别： □临床 □中医（含民族医、中西医结合医等）□口腔 □公共卫生 执业范围： |
|  补办原因： 申请人签名： 年 月 日  |
| 单位意见：负责人：公章年 月 日 | 卫生健康行政部门意见：负责人：公章 年 月 日 |
| 备注： |