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： | | | | | | |