受理编号：

医师多机构备案申请表

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  |
| 所学系、专业 |   | 学 历 |  |
| 家庭地址及邮编 |  | 健康状况 |  |
| 业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果 |  |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他要说明的问题 |  |
| 个人工作经历 | 时间 | 单位  |  技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：1.个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

 2.主执业机构变更后，与其相关联的备案机构全部失效。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要执业机构情况 | 机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 拟备案机构情况 | 机构名称 |  | 机构登记号 |  |
| 机构地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 有效期开始时间 |  | 有效期结束时间 |  |
| 本人意见 | 意见：医师本人签名： 年 月 日 |
| 拟备案机构意见 | 意 见：   负责人： 公章  年 月 日 |
| 办理情况 | 承办人： 年 月 日 |

**需提供的材料清单：**

1. 《医师多机构备案申请表》2份；
2. 拟备案机构执业许可证正本复印件1份；
3. 申请人身份证原件及复印件1份；
4. 《医师资格证书》原件及复印件1份；
5. 《医师执业证书》原件及复印件1份。

**注：复印件需加盖医疗机构公章。**

**备注：申请人需通过医师电子化注册个人端口提出多执业机构备案申请，拟聘机构需在医师电子化注册机构端审核同意后把纸质材料报送至拟执业机构登记注册的卫生健康行政部门受理。**