受理编号：

医师变更执业注册申请审核表

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

**填表说明**

1.本表供取得《医师执业证书》后申请医师变更执业事项时使用。

2.使用蓝色或黑色水笔填写，内容完整、真实，字迹清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4. “学历”应填写与申请类别相应的最高学历。

5. “相片”使用近期小二寸免冠正面彩色半身照。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 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：个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 原执业内容 | 变更后执业内容 |
| 机构名称 |  |  |
| 执业范围 |  |  |
| 其他 |  |  |
| 变更理由 |  | |
| 申请人承诺 | **承诺**：本人没有《医师执业注册管理办法》第六条所列不予注册的情形，以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。  申请人签字： 年 月 日 | |
| 拟执业机构  意见 | 意 见：  负责人：  印章  年 月 日 | |
| 拟执业机构  所在卫生健康  行政部门意见 | 执业级别： 意 见：  执业类别：  执业范围： 负责人：  执业地点：    印章  年 月 日 | |

医师变更执业注册须提交的材料清单

**一、变更“执业地点”、变更“主要执业机构”**

（一）《医师变更执业注册申请审核表》一式2份；

（二）拟执业机构《医疗机构执业许可证》正本复印件

（三）申请人身份证原件和复印件；

（四）《医师资格证书》原件和复印件；

（五）《医师执业证书》原件和复印件；

（六）近期小2寸免冠正面彩色照片3张；

（七）集中变更时，医疗机构需出具申请注册人员情况汇总表；

**二、变更“执业范围”**

（一）《医师变更执业注册申请审核表》一式2份；

（二）拟执业机构《医疗机构执业许可证》正本复印件

（三）申请人身份证原件和复印件；

（四）《医师资格证书》原件和复印件；

（五）《医师执业证书》原件和复印件；

（六）近期小2寸免冠正面彩色照片2张；

（七）以下材料中的任何一种：

1.同一类别其他专业高一层次学历证书及原学历证书的原件和复印件。

2.同一类别其他专业经三级医疗机构系统培训或专业进修合计满2年的考核合格证书原件和复印件。

**三、执业助理医师升执业医师的，按医师执业注册程序办理。办理时将执业助理医师证收回。**

**四、跨类别变更专业，必须取得相应类别的医师资格。按新类别医师执业注册办理，原类别《医师执业证书》注销收回。**

**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变更申请，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。**