医师取消多机构备案申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | | 身份证号号 | | | |  | |
| 取消备案原因 | |  | | | | | | | 执业证书编 | | |  | |
| 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 | | |  | | | |
| 拟取消备案机构情况 | 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 | | | | | |  |
| 拟取消备案机构  意见  （机构申请时填写） | | | 意 见：      负责人： 公章  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 医师本人意见  （医师本人申请时填写） | | | 意 见：  医师联系电话： 医师签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 办理情况 | | | 承办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

**需提交的材料清单：**

1.《医师取消多机构备案申请表》2份；

2.医疗机构提出申请的，提供医疗机构执业许可证正本复印件1份；医师个人提出申请的，提供身份、医师资格证、医师执业证原件及复印件1份。

**注：复印件需加盖医疗机构公章。**