表一

医师资格证书（认定取得）补发（更换）申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | 近期小一寸免冠正面相片 |
| 出生日期 |  | | | 民族 | |  |
| 毕业学校 |  | | | 学历 | |  |
| 身份证号码 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | 联系电话 | | |  | | |
| 医师资格类别：□ 临床 □ 口腔 □ 公共卫生 □ 中医(含中西医结合)  医师资格级别：□ 执业医师 □ 执业助理医师  原医师资格证书编码： | | | | | | | |
| 所附材料： □身份证 □《医师资格认定申请审核表》 □近期小一寸免冠相片  □报纸原件 □户籍证明 □损坏/错误证书原件 | | | | | | | |
| 申请原因：  本人承诺：本人对本表所填写的内容及提交材料的真实性负责，如有虚假或不真实之处，愿意承担由此产生的一切后果。  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 单位审核意见：  审核人签名： （盖章）  年 月 日 | | | 地市卫生计生行政部门/主管部门审核意见：  审核人签名： （盖章）  年 月 日 | | | | |