湖南省乡村医生执业再注册申请审核表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 学历 |  | 年龄 |  |
| 从事乡村医生年限 |  | 家庭住址 |  |
| 身份证号 |  |
| 原执业机构名称（含地址） |  | 原执业证书编码 |  |
| 拟执业机构名称及地址（含地址） |  | 联系电话 |  |
| 拟执业机构登记号或信息代码 |  |
| 2009年以来参加培训考核情况 |  |
| 所属行政村委会意见 | 年月日（盖章） |
| 所属乡（镇）卫生院意见 | 年月日（盖章） |
| 县级卫生行政部门审核意见 | 年月日（盖章） |
| 市州级卫生行政部门复核意见 | 年月日（盖章） |
| 注册机关意见 | 注册有效期至年月日。年月日（盖章） |

申请人（盖章）： 经办人（盖章）：