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）：