附件1

变更执业范围等事项培训申请表

（培训基地：滨州医学院附属医院）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 2寸免冠照片 |
| 学历 |  | 学位 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 英语等级 |  |
| 毕业院校 |  | 毕业时间 |  |
| 工作年限 |  | 职称 |  |
| 现工作岗位 |  | 原执业范围 |  |
| 医师资格证号 |  | 拟培训专业 |  |
| 执业医师证号 |  | 身份证号码 |  |
| 所在单位医务主管部门联系人及联系电话 |  |
| 个人联系方式 | 手机 | 电子邮箱 |  |
| 培训对象类型 | **在培训类型打（√）**1.在省卫生计生委注册的执业医师或者执业助理医师年度考核不合格者；（）2.获得执业医师资格或执业助理医师资格后二年未注册者；（）3.中止医师执业活动二年以上，重新申请注册的人员；（）4.原卫生部《医师执业注册暂行办法》第五条规定不予注册的情形消失，重新申请注册的人员；（）5.已注册的执业医师或者执业助理医师申请变更执业范围，但未取得拟变更专业的高一层次的省级以上教育部门承认的学历条件者。（） |
| 个人简历 | 个人签名： 年 月 日 |
| 所在单位意见 | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 当地注册机构意见（省属单位只需所在单位审核并盖章） | 负责人（签名）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 委托培训机构意见 | 单位（盖章）年 月 日 |

备注：

1.报名分网上报名、现场报名；

2.网上报名：身份证、医师资格证、医师执业证、职称证书及申请表电子版发培训机构邮箱，文档夹命名方式“姓名—单位—手机号”；

3.现场报名：申请表一式四份，双面打印，经所在单位、注册机构审核并盖章后，现场报名时交培训机构。现场报名时务必携带证件原件，审核后带回；

4.培训机构邮箱：滨州医学院附属医院byfyywc@126.com。

附件2

培训学员信息汇总表

（培训基地：滨州医学院附属医院）

卫生计生委（卫生局）（章）、医疗单位（章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 单位 | 专业 | 培训类型 | 培训时限 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |

备注：请根据培训类型，填写培训时限6个月或2年。