

|  |
| --- |
| 省属的医疗单位 |

|  |
| --- |
| 单位：汇总信息(附件 2) 发培训基地邮箱。 |

|  |
| --- |
| 所在单位审核、单位负责人签字、盖单位公章 |

|  |
| --- |
| 市卫计委主管的单位 |

医师变更执业范围报名流程

|  |
| --- |
| 学员填写 4 份培训申请表 ( 附件 1 ) |

|  |
| --- |
| 市卫计委医政医管部门：1.审核、负责 人签字、单位公章； 2.汇总信息(附 件 2)，发培训基地邮箱。 |



|  |
| --- |
| 个人网上报名：身份证、资格证、执业证、职称证书、附件1-2盖章扫描版,附件3可编辑电子版发培训基地邮箱byfyywc@bz.shandong.cn。文档夹命名方式“姓名—单位—手机号”。 |



|  |
| --- |
| 培训基地电话通知学员具体工作安排 |

|  |
| --- |
| 现场审核：学员携带4份培训申请表，一寸照片，身份证、医师资格证、医师执业证、职称证书等原件及复印件至培训基地。 |

|  |
| --- |
| 根据报名情况，培训基地开展培训工作  (备注：每年 6 月 20 日、12 月 20 日前受理申请，次月开始正式培训。 如遇特殊情况，根据实际情况调整受理时间及确定培训起始时间。 ) |