**研究生、在职研究生、博士后申请医师执业注册审核表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 专业 |  | 学历 |  |
| 所在科室 |  | 导师 |  |
| 医师资格  证书编号 |  | 获得医师资格证书时间 |  |
| 科室讨论意见 | 科室因临床工作需要为该医师办理执业注册。科室及申请人将严格执行医师依法执业管理要求，负责申请人注册后的依法执业、医德医风考评和医师定期考核工作，负责申请人医疗质量质控和监管工作并承担相应责任  科室主任签字：  年 月 日 | | |
| 教育处意见 | 教育处签章  年 月 日 | | |
| 医务处意见 | 医务处长签字：  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | |
|  | 申请人签字：  年 月 日 | | |