|  |  |
| --- | --- |
| 张贴  考  试  成  绩  单  及  医  师  资  格  笔  试  考  试  准  考  证  复  印  件 | （按原件75%比例缩小复印，张贴在框内） |
| 以上证件查对无误  审核人员签名： | |
| 备  注 |  |
| 注：医师资格证书编码及备注栏由省级卫生行政部门填写 | |

**二O 年申请授予医师资格审核表**

**姓 名：**

**申请授予级别：**

**申请授予类别：**

**填表时间： 年 月 日**

**海南省卫生健康委员会制**

**填 表 说 明**

1.本表仅限医师资格考试成绩合格，申请授予医师资格人员填写。

**2.经审核合格，授予医师资格的，存入申请人人事档案。**

3.本表由省卫健委统一编制，考生可自行打印的申请表（注：双面打印）。

4.一律用黑色钢笔或水笔填写，书写工整，字迹要端正清楚，不得涂改。

5.“相片”一律用近期二寸免冠正面半身照。

6.申请授予医师资格级别及类别代码

（一）医师级别

|  |  |
| --- | --- |
| 含 义 | 代 码 |
| 执业医师 | 1 |
| 执业助理医师 | 2 |
| 执业医师（师承） | 3 |
| 执业助理医师（师承） | 4 |
| 执业助理医师（乡镇） |  |

（二）医师类别

|  |  |
| --- | --- |
| 含 义 | 代 码 |
| 临床 | 10 |
| 口腔 | 20 |
| 公共卫共 | 30 |
| 中医 | 41 |
| 蒙医 | 43 |
| 藏医 | 44 |
| 维医 | 45 |
| 中西医结合 | 42 |

**二O 年申请授予医师资格审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 考生近  期免冠  小二寸  照 片 |
| 出生日期：□□□□年□□月□□日 | | | 民 族 | |  | | |
| 毕业学校 | | | | | 学 历 | |  |
| 毕业年月： □□□□年□□月 | | 所学系、专业 | | |  | | |
| 毕业证书编号： □□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | |
| 准考证号： □□□□□□□□□□□□□ | | | | | | 考试成绩： □□□ | |
| 有效身份证明号码： □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | |
| 试用机构（单位）:  登记号: □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | |
| 通讯地址: | | | | | | | | |
| 邮政编码: □□□□□□ | | 联系电话： | | | | | | |
| 申请授予医师资格级别及类别:  医师级别： 代码：□  医师类别： 代码：□□  申请人签名:  年 月 日 | | | | | | | | |
| 地、设区的市县级卫生行政部门初审意见  级别:  类别:  负责人: 公章  年 月 日 | | | | 省级卫生行政部门意见  级别:  类别:    医师资格证书编码：  负责人: 公章  年 月 日 | | | | |
| 备注： | | | | | | | | |
| 注：此表存申请人人事档案 | | | | | | | | |