附件1

变更执业范围等事项培训申请表

（培训基地：济宁市第一人民医院）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。（）  注：第 1-4 类人员在指定的培训基地参加半年培训，第 5 类人员在指定的培训基地参加 2 年转岗培训。 | | | | | |
| 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  机构或卫生行政管理部门意见 | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |

备注：

1.报名每年6月1-20日、12月1-20日受理。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打包发培训机构邮箱](mailto:职称证书及申请表电子版发byfyywk@126.com)，文档夹命名方式“姓名—单位—手机号”；

3.现场报名：申请表一式2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：zybgpx2024@163.com。