**附件1**

变更执业范围等事项培训申请表

（培训基地：淄博市中心医院）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 2寸免冠彩色  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.在省卫生健康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.《中华人民共和国医师法》第十六条规定不予注册的情形消失，申请重新执业的；（）  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） | **此处空着即可**  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.报名分网上报名审核后，现场纸质版材料审核；

2.网上报名：发送包括申请表（已盖章）、最高学历毕业证、学位证、医师执业证、医师资格证、最高职称证书、身份证等原件PDF格式，打包一个文件夹命名“姓名+医师执业范围培训”，至邮箱zxyyywk@126.com；

3.现场材料审核：学员携带4份培训申请表（双面打印）、最高学历毕业证、学位证、医师执业证、医师资格证、最高职称证、身份证等原件至培训基地，现场审核报名材料；

4.培训机构邮箱：zxyyywk@126.com。