附件1：

变更执业范围等事项培训申请表

（培训基地：聊城市人民医院）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 1寸免冠照片 |
| 学历 |  | 学位 |  | 政治面貌 |  |
| 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.《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。（ ） | | | | | |
| 工作简历 | 个人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在单位  意见  （第五种类型请填写同意该职工变更执业范围） | 负责人（签名）： 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 注意事项 | 一、我院每年两次受理培训申请，次月开始正式培训。  二、培训学员培训为全脱产性质，不接收半脱产学员，培训学员要严格遵守规章制度，严格考勤，按照培训大纲要求，按时参加理论培训、临床业务学习，完成培训任务。  三、我院将严格按照省卫健委相关规定要求，严格执行相关的政策法规，加强管理及考核，圆满完成培训任务。  四、报名提交材料：填写《变更执业范围等事项培训申请表》一式四份，将盖章后的申请表、一寸照片、毕业证、医师执业证书、医师资格证书、职称证书扫描件或照片（pdf或jpg）发送到邮箱jiaopeizhiyezhuce@163.com，审核通过后按时报到。 | | | | | |