附件4

受理编号：

甘肃省医疗美容主诊医师专业备案表

医疗机构名称：

医疗机构联系人：

医疗机构联系方式：

甘肃省卫生健康委员会

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （贴照片）医师资格级别 | 姓 名 |  | 性别 |  | 手机号 |  |
| 出生日期 |  年 月 日 | 专业技术职务任职资格 |  |
| 身份证号 |  | 健康状况 |  |
| 医师资格类别 | 临床□ （外科□ 皮肤科□ 眼耳鼻咽喉科□） 口腔□ 中医□ 中西医□  |
| 医师资格证书编码 |  | 医师执业证书编码 |  |
| 负责实施的美容项目（勾选） | 美容外科□ 美容牙科□ 美容中医科□ 美容皮肤科□ |
| 何时何地因何种原因受过何种处罚或处分 |  |
| 其他需要说明的问题 |  |
| 个人执业经历 | 起止时间 | 执业机构 | 执业范围 | 注册机关 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：同时申请多人可将本页复制使用。个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

|  |  |
| --- | --- |
| 医疗机构承诺和意见 | **承诺：**以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。**意见：**（举例：同意/不同意 \*\*\*、\*\*\*等\*\*位医师进行医疗美容主诊医师专业备案）医疗机构（公章）：负责人（签字）： 年 月 日 |
| 行政部门审核意见 | 承办人： 年 月 日 |