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 |