**医师资格(认定)信息修改、补录审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | | **性 别** | |  | | （近6个月免冠2寸彩色照片） |
| **出生日期** | | 年 月 日 | | | | | |
| **毕业学校** | |  | | | | | |
| **专 业** | | 专业 | | | | | |
| **学 历** | |  | | | | | |
| **身份证号** | |  | | | | | |
| **医师资格证书编码** | | | | |  | | |
| **取得医师资格证书时间** | | | | | 年 月 日 | | |
| ***以上为修改前医师资格信息！*** | | | | | | | | |
| **申请修改内容** | | | 姓名□ 性别□ 出生日期□ 身份证号□  毕业学校□ 专业□ 学历□ | | | | | |
| **修改为** |  | | | | | | | |
| **修改原因** | 医师相关信息发生变化 □ 遗失□ | | | | | | | |
| **修改原因**  **具体说明** |  | | | | | | | |
| **单位初审意见：**  经审核，符合规定，**同意**修改。  经办人签字：  日期： | | | | | **所在县（市、区）卫生行政管理部门审核意见：**  经审核，符合规定，**同意**修改。    经  经经办人签字：  日期： | | **省级主管部门审核意见：**  经审核，符合规定，**同意**修改。    经办人签字：  日期： | |