附件3：

**村卫生室执业的执业（助理）医师信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | 近期二寸  免冠正面  证件照片 | |
| 出生日期 |  | | | 民族 | |  | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 执业地点 |  | | | | | | |
| 毕业学校 |  | | 从事乡村医生时间 | | | |  | 学 历 |  |
| 家庭住址 |  | | | | 联系方式 | | |  | |
| 医疗机构执业许可证号： | | | | | | | | | |
| 注册类型： □执业医师 □执业助理医师 | | | | | | | | | |
| 医师执业证书编码： | | | | | | | | | |
| 注册村级卫生机构名称： | | | | | | | | | |
| 本人确认以上信息无误。  本人（签名）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 执业地乡镇卫生院  审核意见 | | （公章)    年 月 日 | | | | | | | |
| 县级卫生行政部门  审核意见 | | （公章)    年 月 日 | | | | | | | |
| 备 注 | |  | | | | | | | |

备注：本表不作为申请执业注册依据，仅供掌握在村执业的执业（助理）医师信息。