甘肃省医师执业证书遗失补办申请审核表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td>民　族</td><td></td><td>学　历</td><td></td><td>学　　位</td><td></td></tr>
<tr><td>毕业学校</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>现所在单位</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">《医师资格证书》编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">《医师执业证书》编码</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">通讯地址、邮编及电话</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>医师资格级别</td><td colspan="2"></td><td>医师资格类别</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>执业地点</td><td colspan="2"></td><td>执业范围</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>补办证书类型及补办原因</td><td colspan="6">申请人:　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">申请人所在单位意见

负责人：　　公章

年　月　日</td><td colspan="4">上级卫生行政部门意见

负责人：　　公章

年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">省级卫生行政部门审核意见

负责人（签字）：　　公章

年　月　日</td><td colspan="4">备注：

经办人（签字）：

年　月　日</td></tr>
</table>

注：1．本表一式两份，存省级卫生行政部门。

2．“上级卫生行政部门初审意见”一栏，由现工作单位所在区、县、市、州卫生局出具意见并加盖公章。如没有单位的，由个人人事档案存放地所在区、县、市、州卫生局出具意见并加盖公章。

3．遗失声明（请刊登在甘肃日报上）、身份证、毕业证、专业技术资格证书（以上证书核验原件留复印件）、近期二寸免冠正面半身彩色照片 3 张。