附件2

仁怀市乡村医生执业许可申请表

<table>
<tr><td>姓 名</td><td></td><td>性 别</td><td></td><td>年 龄</td><td></td><td>民 族</td><td></td><td rowspan="5">近期照片</td></tr>
<tr><td>学 历</td><td></td><td>职 称</td><td></td><td>毕业学校</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>现住址</td><td colspan="7">仁怀市　　乡镇(街道)　　村(居)　　村(居)民组</td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">学历证证号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">拟执业村乡镇、街道</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">拟执业村卫生室</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">执业资质</td><td colspan="7">执医(助医) 医师、全科执业(助理)医师、护士、其他</td></tr>
<tr><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">卫生健康局聘用文件号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">拟执业村村医情况</td><td colspan="7">现有村医　　人；本年度注销村医　　人。</td></tr>
<tr><td colspan="2">拟执业村基本情况</td><td colspan="7">服务人口：　　人， 面积：　　平方公里。</td></tr>
<tr><td colspan="2">医学学历或培训简历</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">行医简历或专长</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td colspan="2">乡镇卫生院、街道社区卫生服务中心意见(章)</td><td colspan="7">主要负责人签名：　　时间：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">市卫健局审批意见（章）</td><td colspan="7">负责人签名：　　时间：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

注： 1、附医学学历证、执业医师(助理)资格证、身份证等证书原件和复印件；

2、本表一式二份，申请人所在乡镇卫生院、街道社区卫生服务中心和市卫健局各一份。