附件2

**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** |  |
| **所在旗县（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。经办人签字：日期： | **所在盟市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：  |