附件2

浙江省医师增加注册执业范围申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照  片 |
| 身份证号码 |  | | |
| 执业证号码 |  | | |
| 执业类别 | 临床 □ 中医 □ | | |
| 现执业范围 |  | | | |
| 拟新增执业范围 |  | | | |
| 医师本人意见 | 申请人签名： 申请日期： 年 月 日 | | | |
| 第一主执业机构意见 | 负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | |
| 卫生行政部门意见 | 负责人签名： 单位（盖章）  年 月 日 | | | |

注：本表一式三份，由申请人、医疗卫生机构、卫生行政部门各保留一份。