**山东省认定类医师资格证书信息更正申请审核表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 近期二寸免冠正面照片 |
| 出生日期 |  年 月  | 身份证号码 |  |
| 毕业学校 及专业 |  | 学历 |   |
|  执业机构名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮政编码 |  | 联系电话 |  |
| 医师资格证书 | 证书编码 |  |
| 级别 | □执业医师□执业助理医师 | 类别 | □临床□中医□口腔□公共卫生□  |
| 原信息内容 |  | 更正后信息内容 |  |
| 本人申请签字 | 签名： 年 月 日  |
| 单位审核确认意 见 | 年 月 日 |
| 县级卫生健康委员会意 见 | 年 月 日 |
| 市卫生健康委员会意 见 | 年 月 日 |
| 省卫生健康委员会审核意 见 | 年 月 日 |

说明：1.本表一式三份，审核后一份存入个人档案，一份市卫生健康委员会留存，一份报省卫生健康委员会。

2.单位、县级卫生健康委员会、市卫生健康委员会意见为认定时所在单位及所属卫生行政部门意见。