**附件2**

四川省医师资格证书遗失补办申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生日期** |  | **照片（照片上加盖医疗机构公章）** |
| **身份证号** |  | **行政区划** |  |
| **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****□ 口腔****□ 公共卫生****□ 中医****□**  |
| **医疗机构** |  | **联系电话** |  |
| **通讯地址** |  | **邮政编码** |  |
| **报纸名称** |  | **公告内容** |  |
| **公告日期** |  |
| **本人承诺所填信息真实有效，并愿承担相应法律责任。** **签字：**  **年 月 日** |
| **医疗机构意见****经办人：****年 月 日****（盖章）** | **县级卫生健康行政部门意见****经办人：****年 月 日****（盖章）** |
| **市级卫生健康行政部门意见****经办人：** **年 月 日****（盖章）** | **省卫生健康行政部门意见****证书获取方式：□考试 □换领****经办人：****年 月 日****（盖章）** |