**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）** | | | |