**江苏省医疗美容主诊医师**

**专业核定备案表**

医 师 姓 名：

医师资格证书编码：

医师执业证书编码：

医 师 资 格 类别：

医 师 执 业 范围：

医 疗 美 容 专业：

填 表 时 间： 年 月 日

江苏省卫生健康委员会

填 表 说 明

1.本表供申请医疗美容主诊医师专业备案时使用。

2.一律用钢笔或毛笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.表内的年月日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

4.备案医疗美容主诊医师的专业应以本人的医师资格类别和医师执业范围所确定的专业为依据，在美容外科（含美容外科—眼科方向）、美容牙科、美容皮肤科、美容中医科当中选定一个专业填写。

5.医师资格类别请选临床、口腔、中医。

6.医师执业范围请按《医师执业证书》上的执业范围填写。

7.医疗美容二级科目包括：美容外科、美容牙科、美容皮肤科、美容中医科。

8.学历应填写与医师资格类别相应的最高学历。

9.表格内容填写不下可另附页。

10.“相片”一律用近期小二寸免冠正面白底半身照。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 近期小二寸免冠正面白底半身照 | 姓 名 |  | 性别 |  | | 民 族 | | |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | | 健康状况 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | 学 历 | | |  |
| 家庭地址 |  | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | 联系电话 | | | |  | | |
| 医师资格类别 |  | | 专业技术职称 | | | |  | | |
| 医师执业范围 |  | | 从事专业年限 | | | |  | | |
| 主执业机构名称 |  | | | | | | | | |
| 主执业机构核准的医疗美容科目  （二级科目） |  | | | | | | | | |
| 拟申请备案美容主诊医师的专业 |  | | | | | | | | |
| 省级基地培训进修情况 | | | | | | | | | |
| 时间 | 培训进修基地名称 | | | 培训进修考核结果 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| 个人工作经历 | | | | | | | | | |
| 时间 | 工作单位 | | 从事专业 | | 技术职务 | | | 证明人 | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请备案  人承诺 | 我保证所填内容的真实性、准确性。若填报失实或违反规定，本人将承担全部责任。  申请人签字：  年 月 日 | | | |
| 医疗机构意见 | 机构负责人签字： 印章  年 月 日 | | | |
| 卫生计生行政部门意见 | 印章  年 月 日 | | | |

注：此表一式一份，由所属卫生计生部门保存。

**医疗美容主诊医师专业核定情况汇总表**

卫健委（局） 填报人： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生  年月 | 主执业机构名称 | 医师资格  类别 | 医师执业  范围 | 专业技术  职称 | 医疗美容  专业 | 备案  日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |