在职康复医学执业医师信息名册

附件3

申报机构名称（盖章）：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 科室 | 姓名 | 身份证号 | 执业资格证书编号 | 职称 | 注册执业本医疗机构时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 注：康复专科医疗机构填写第一执业点为本机构的康复医师；综合医疗机构填写在本医疗机构注册，专门从事康复医疗工作的执业医师。 |  |  |  |  |  |  |