

附件 1

### 执业医师注册注销申请表

|               |                           |     |  |
|---------------|---------------------------|-----|--|
| 单位名称          |                           |     |  |
| 姓 名           |                           | 性 别 |  |
| 医师资格证书<br>编 号 |                           |     |  |
| 医师执业证书<br>编 号 |                           |     |  |
| 执业级别          |                           |     |  |
| 执业类别          |                           |     |  |
| 执业范围          |                           |     |  |
| 注销注册原因        |                           |     |  |
| 单 位 意 见       | 经办人：_____<br>印 章<br>年 月 日 |     |  |
| 卫生行政<br>部门意见  | 经办人：_____<br>印 章<br>年 月 日 |     |  |

