**医师资格证书遗失补办申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | | 近期二寸免冠  正面半身照片 |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 民族 |  | | |
| 毕业学校 |  | | | 学历 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 单 位 |  | | | | | | |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 | | | |  | |
| 医师资格级别： □执业医师 □执业助理医师  医师资格类别： □临床 □中医（含民族医、中西医结合医）  □口腔 □公共卫生 | | | | | | | | |
| 原医师资格证书编码：  申请人签名： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 单位初审意见  负责人：  公章  年 月 日 | | 设区的市级卫生行政部门意见  负责人：  公章  年 月 日 | | | | 省级卫生行政部门意见  负责人：  公章  年 月 日 | | |
| 备注： | | | | | | | | |

附：近期二寸免冠正面半身彩色照片二张(其中一张贴在表上)。