**医疗美容主诊医师专业备案表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 民族 |  | 职称 |  |
| 毕业学校 |  | 专业 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  |
| 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  |
| 从事相关专业年限 |  | 所在科室 |  |
| 身份证号码 |  |
| 申报科目 | √美容外科  | □美容皮肤科  |
| □美容牙科 | □美容中医科 |
| 工作单位 |  | 手机号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 医疗美容相关工作经历 |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证明人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 医疗美容专业培训或进修情况 |
| 时 间 | 专业培训机构或进修单位 | 考核结果 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请人承诺 |  本人承诺所填内容和提交的相关附件材料的真实性、准确性。若存在失实或违反规定，本人将承担全部责任。签字： 年 月 日 |
| 医疗机构核定结果 | 经本机构核定，该医师符合（√美容外科专业 □美容牙科专业 □美容皮肤科专业 □美容中医科专业）医疗美容主诊医师专业条件，提交备案。 （盖章） 年 月 日 |