|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **香港医师在内地短期行医申请表** | | | | |
| 姓名： | 性别： | 出生日期： 年 月 日 | | 照片 |
| 香港永久居民身份证件号码： | | | |
| 联系电话： | | | |
| 通讯地址： | | | |
| 电子邮件： | | | |
| 医学专业最高学历： | | | 毕业学校： | |
| 所学专业： | | | 毕业时间： 年 月 日 | |
| 毕业证书编号： | | | | |
| 取得香港行医资格时间： 年 月 日 | | | 行医资格证书编码： | |
| 在香港执业机构名称： | | | | |
| 在香港执业机构从事专业： | | | | |
| 申请执业类别： | | | 申请执业范围： | |
| 申请人签名： 年 月 日 | | | | |
| 内地聘用医疗机构名称：  拟 从 事 专 业：  聘 用 时 间： 年 月 日至 年 月 日  （医疗机构盖章）  年 月 日 | | | | |
| 设区的市级以上卫生（中医药）行政部门审核意见：    （卫生行政部门盖章） 年 月 日 | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **澳门医师在内地短期行医申请表** | | | | |
| 姓名： | 性别： | 出生日期： 年 月 日 | | 照片 |
| 澳门永久居民身份证件号码： | | | |
| 联系电话： | | | |
| 通讯地址： | | | |
| 电子邮件： | | | |
| 医学专业最高学历： | | | 毕业学校： | |
| 所学专业： | | | 毕业时间： 年 月 日 | |
| 毕业证书编号： | | | | |
| 取得澳门行医资格时间： 年 月 日 | | | 行医资格证书编码： | |
| 在澳门执业机构名称： | | | | |
| 在澳门执业机构从事专业： | | | | |
| 申请执业类别： | | | 申请执业范围： | |
| 申请人签名： 年 月 日 | | | | |
| 内地聘用医疗机构名称：  拟 从 事 专 业：  聘 用 时 间： 年 月 日至 年 月 日  （医疗机构盖章）  年 月 日 | | | | |
| 设区的市级以上卫生（中医药）行政部门审核意见：    （卫生行政部门盖章） 年 月 日 | | | | |