附件2

|  |
| --- |
| 台湾医师在大陆短期行医执业注册申请表 |
| 姓名： | 性别： | 出生日期： 年 月 日 | 照片 |
| 台湾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： |
| 取得台湾行医资格时间： 年 月 日 | 行医资格证书编码： |
| 在台湾执业机构名称： |
| 在台湾执业机构从事专业： |
| 申请执业类别： | 申请执业范围： |
| 申请人签名： 年 月 日 |
| 大陆聘用医疗机构名称： 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： 经办人签字： 卫生行政部门主管厅（局）长签字： （卫生行政部门盖章） 年 月 日 |