

附件 3

南通市医疗保险服务医师备案汇总名册

填报单位（盖章）：

| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生日期 | 证件类型 | 身份证号码 | 民族 | 单位 医师 编号 | 学 历 | 学 位 | 所 学 专 业 | 执业医 师资格 证书编 码 | 医师类 别 | 执业医 师注册 证书编 码 | 执业 类别 | 执业 范围 | 注册 证书 发证 时间 | 注册 证书 执业 地点 | 专业 技术 职务 | 联系 电话 | 科 室 名 称 | 核 意 见 | |
|----|----|----|------|------|-------|----|----------------|--------|--------|------------------|------------------------|----------|------------------------|----------|----------|----------------------|----------------------|----------------|----------|------------------|-------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：一级及以下医疗机构附执业医师资格证书、执业医师注册证书复印件

填报人：

单位负责人：

年 月 日