附件 2

南通市医疗保险服务医师申请登记备案表

定点医疗机构名称：

代码：

姓名		性别		出生日期	
证件类型			身份证号码		
民族		科室名称		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 1				注册证书执业地点 2	
专业技术职务				联系方式 (手机)	
医师申请签名	年 月 日				
定点医疗机构单位意见	单位盖章 年 月 日				