新乡医学院第二附属医院处方权申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 学历 | |  |
| 专业 |  | | 执业范围 |  | 职称 |  | 所在科室 | |  |
| 医师资格证书号码 | | |  | | 医师执业证书号码 | | |  | |
| 权限类别（请选择） | | ①普通处方权；②非限制使用级抗菌药物处方权；③限制使用级抗菌药物处方权；④特殊使用级抗菌药物处方权；⑤麻醉药品和第一类精神药品处方权。 | | | | | | | |
| 申请理由 | 参考模板(打印时删除此灰色字体)：本人\*\*年\*\*月来院工作，\*\*年\*\*月通过全国医师资格考试，\*\*年\*\*月在我院注册后取得医师执业证书，掌握\*\*科常见病、多发病的诊断与治疗，现申请医师执业活动处方权，请批准！  申请人签名： 申请日期： | | | | | | | | |
| 所在科室意见 | 参考模板(打印时删除此灰色字体)：该医师基本掌握\*\*常见病、多发病的诊断与治疗，同意授予\*\*权。  科主任签名： 日期： | | | | | | | | |
| 医务科审核意见 | 参考模板(打印时删除此灰色字体)：该医师处方权考核合格，结合其日常工作表现，同意授予其\*\*权。  医务科（签章） 日期： | | | | | | | | |