新乡医学院第二附属医院报告权申请书

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 申请理由 | 本人XX年XX月来院工作，XX年XX月通过全国医师资格考试，XX年XX月在我院注册后取得医师执业证书，掌握XX常见病、多发病的检查方法，现申请执业活动报告权，请批准！ 申请人签名： 申请日期：  |
| 所在科室意见 | 该医师基本掌握XX常见病、多发病的检查方法，同意授予XX权。 科主任签名： 日期： |
| 医务科审核意见 | 该医师报告权考核合格，结合其日常工作表现，同意授予其报告权。 医务科（签章） 日期： |