附件1

四川省住院医师规范化培训合格证书遗失补办证明申请审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 照片（电子版） |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原合格证颁证年度 |  | | | | | |
| 原合格证编号 |  | | | | | |
| 培训起止时间 |  | | | 原培训专业 | | |  |
| 原培训基地 |  | | | 申请人手机号码 | | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | |
| 补办合格证明领取：  （请勾选√） | □自取 □邮寄（邮费到付）  邮寄地址（自取填无）： | | | | | | |
| 个人申请理由：  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 培训基地审核意见：  经办人： 毕教部门负责人： 基地负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省医学科技教育中心复核意见：  经办人： 部门负责人： 科教中心负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省卫生健康委员会审批意见：  经办人： 处室负责人： 委领导： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 照片（电子版） |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原合格证颁证年度 |  | | | | | |
| 原合格证编号 |  | | | | | |
| 培训起止时间 |  | | | 原培训专业 | | |  |
| 原培训基地 |  | | | 申请人手机号码 | | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | |
| 补办合格证明领取：  （请勾选√） | □自取 □邮寄（邮费到付）  邮寄地址（自取填无）： | | | | | | |
| 个人申请理由：    本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 培训基地审核意见：  经办人： 毕教部门负责人： 基地负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省医学科技教育中心复核意见：  经办人： 部门负责人： 科教中心负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省卫生健康委员会审批意见：  经办人： 处室负责人： 委领导： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

四川省专科医师规范化培训合格证书遗失补办证明申请审核表

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 照片（电子版） |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原合格证颁证年度 |  | | | | | |
| 原合格证编号 |  | | | | | |
| 培训起止时间 |  | | | 原培训专业 | | |  |
| 原培训基地 |  | | | 申请人手机号码 | | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | |
| 补办合格证明领取：  （请勾选√） | □自取 □邮寄（邮费到付）  邮寄地址（自取填无）： | | | | | | |
| 个人申请理由：    本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 培训基地审核意见：  经办人： 毕教部门负责人： 基地负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省医学科技教育中心复核意见：  经办人： 部门负责人： 科教中心负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省卫生健康委员会审批意见：  经办人： 处室负责人： 委领导： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

四川省护士规范化培训合格证书遗失补办证明申请审核表

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | 照片（电子版） |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 原合格证颁证年度 |  | | | | | |
| 原合格证编号 |  | | | | | |
| 培训起止时间 |  | | | 原培训专业 | | |  |
| 原培训基地 |  | | | 申请人手机号码 | | |  |
| 现工作单位 |  | | | | | | |
| 补办合格证明领取：  （请勾选√） | □自取 □邮寄（邮费到付）  邮寄地址（自取填无）： | | | | | | |
| 个人申请理由：    本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 培训基地审核意见：  经办人： 毕教部门负责人： 基地负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省医学科技教育中心复核意见：  经办人： 部门负责人： 科教中心负责人： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 四川省卫生健康委员会审批意见：  经办人： 处室负责人： 委领导： （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |

四川省医疗机构药师规范化培训合格证书遗失补办证明申请审核表