附件3

上饶市定点医疗机构医保医师执业机构

变更申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  | 照  片 |
| 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 定岗医师  编号 |  | | |
| 卫健行政部门变更执业地点时间 |  | | |  |
| 现执业医疗机构名称 |  | | | |
| 现执业医疗机构意见：  单位（盖章）  年 月 日 | | | 医疗保障经办机构审核意见：  单位（盖章）  年 月 日 | |

注：1.本表照片栏贴一张一寸近期免冠彩照，另附同底照片一张；

2.附身份证、执业医师（或执业助理医师）资格证书复印件及专业技术职务资格证书复印件；

3.递交申请书时需携带执业医师（或执业助理医师）原件审核，审核后即返还。