附件1

上饶市定点医疗机构医保医师申请登记表

辖区定点医疗机构名称编号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证  号码 |  | 照  片 |
| 所在  科室 |  | 联系  电话 |  |
| 专业技术职务资格 |  | 获得  时间 |  |
| 执业资格类别（√） | 1、执业医师 □ 2、执业助理医师 □ | | | 3、乡村医师 □ |
| 执业资格注册时间 |  | | 医保政策  考试成绩 |  |
| 最近两年违规记录 |  | | | |
| 定点医疗机构初审意见：  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.定点医疗机构汇总本表格后，请在编号栏按自然顺序统一编号；

3.附执业医师（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。