

# 医师变更注册首次注册证明

兹证明：

医师姓名\_\_\_\_\_，性别：男  女 ，公民身份证  
号码：\_\_\_\_\_，医师资格证书  
编号\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
首次注册在\_\_\_\_\_单位，医  
师执业证书编号\_\_\_\_\_，执  
业范围\_\_\_\_\_。

特此证明。

证明人：

联系电话：

年 月 日

（卫生健康行政部门或注册专用章）