一、申请医师执业注册

申请人注册/登录医通办、微信公众号“民科微服务”、医师电子化注册信息系https://cndocsys.cn/home/index（个人端）提交拟办理业务的申请，由拟注册机构审核通过，再带着纸质材料到市行政服务大厅窗口办理。

医师执业注册(首次注册)：

1. 《医师执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 申请人身份证复印件;
3. 与《医师资格证书》 同底版照片 3 张。

医师执业注册(助理升执业)：

1. 《医师执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 申请人身份证复印件;
3. 与《医师资格证书》同底版照片 3 张;
4. 执业助理医师取得执业医师资格后申请换发新证的，还须提交原《医师执业证书》（由注册机关收回）。

医师执业注册(变更执业地点)：

1. 《医师变更执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 《医师执业证书》原件及复印件;
3. 近期小 2 寸免冠正面彩色照片 2 张。

医师执业注册(变更执业范围)：

1. 《医师变更执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 《医师执业证书》原件及复印件;
3. 以下材料中的任何一种:

①同一类别其他专业高一层次学历证书及原学历证书的 原件和复印件;②同一类别其他专业经三级医疗机构系统培训或专业进 修合计满 2 年的考核合格证书原件和复印件。

4. 近期小 2 寸免冠正面彩色照片 2 张。

医师执业注册(多机构备案)：

1. 《医师多机构备案申请表》一式 2 份;
2. 《医师执业证书》复印件;
3. 近期小 2 寸免冠正面彩色照片 2 张。

医师执业注册(超期注册)：

1. 《医师执业注册申请审核表》一式 2 份;

2. 申请人身份证复印件;
3. 与《医师资格证书》 同底版照片 3 张;
4. 特殊情况:①获得《医师资格证书》 后 2 年内未注册的、中止医师 执业活动 2 年以上的、《医师执业注册管理办法》第六条 规定不予注册的情形消失的，还须提交由三级医疗机构 出具的连续 6 个月以上的医师执业培训及培训考核合格 证书;②因《医师执业注册管理办法》 第六条规定不予注册的 情形消失的申请者，还需提供相关材料。

咨询电话：7282955

受理编号:

医师多机构备案申请表

医师姓名：张三

医师资格
证书编码：124536589741256325414 7

医师执业
证书编码：12354698741258

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>姓　　名</td><td>本人姓名</td><td>性 别</td><td>男/女</td><td>民　　族</td><td>汉/...</td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="3">××年　×× 月　××日</td><td>专业技术职务任职资格</td><td>××</td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="4">××××××××××××</td></tr>
<tr><td>所学系、专业</td><td colspan="2">×××</td><td>学　　历</td><td>××</td></tr>
<tr><td>家庭地址及邮编</td><td colspan="3">××××××××××</td><td>健康状况</td><td>××</td></tr>
<tr><td colspan="2">业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果</td><td colspan="4">××××××××（没有填“无”）</td></tr>
<tr><td colspan="2">何时何地因何种原因受过何种处罚或处分</td><td colspan="4">××××××××（没有填“无”）</td></tr>
<tr><td colspan="2">其他要说明的问题</td><td colspan="4">××××××××（没有填“无”）</td></tr>
<tr><td rowspan="10">个人工作经历</td><td>时间</td><td colspan="2">单位</td><td>技术职务</td><td>证明人</td></tr>
<tr><td>×年×月×日</td><td colspan="2">×××医院</td><td>×××</td><td>×××</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">（如实填写）</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
</table>

注：1.个人工作经历栏如不够，请自行另附页。×

2.　主执业机构变更后，与其相关联的备案机构全部失效。

<table>
<tr><td rowspan="3">主要执业机构情况</td><td>机构名称</td><td>××医院</td><td>机构登记号</td><td colspan="2">××××</td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="4">××××××××××</td></tr>
<tr><td>邮政编码</td><td>×××××</td><td>单位电话</td><td colspan="2">×××××</td></tr>
<tr><td rowspan="3">拟备案机构情况</td><td>机构名称</td><td>××医院</td><td>机构登记号</td><td colspan="2">×××××</td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="4">××××××××××</td></tr>
<tr><td>邮政编码</td><td>××××××</td><td>单位电话</td><td colspan="2">×××××</td></tr>
<tr><td colspan="2">有效期开始时间</td><td>20×年×月×日</td><td>有效期结束时间</td><td colspan="2">20×年×月×日</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人意见</td><td colspan="4">意见：同意

医师本人签名：　　×　年　×　月　×　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">拟备案机构意见</td><td colspan="4">意　见：　同意

负责人：　　公章（医院机构盖章）
×年　×　月　×　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">办理情况</td><td colspan="4">承办人：　　办理日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

需提供的材料清单：

1. 《医师多机构备案申请表》2份；
2. 《医师执业证书》原件和复印件1份；
3. 近期小2寸免冠正面彩色照片2张。

二、申请护士执业注册

申请人注册/登录微信公众号“民科微服务”、护士电子化注册信息系统https://users.wsb003.cn/login（个人端）提交拟办理业务的申请，由拟注册机构审核通过，再带着纸质材料到市行政服务大厅窗口办理。

护士执业注册(首次注册)：

1. 《护士执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 护士执业培训考核合格证 (逾期注册的提供) ;
3. 申请人学历证书及临床实习鉴定册原件;
4. 小 2 寸彩色照片 3 张 (逾期注册的提供 4 张)。

护士执业注册(延续注册)：

1. 《护士执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 《护士执业证书》原件。

护士执业注册(变更执业地点)：

1. 《护士执业注册申请审核表》一式 2 份;
2. 《护士执业证书》原件。

护士执业注册申请审核表

姓　　名：本人姓名

执业证书编码：XXXXXXXXXXXX

填表时间：　×　年　×　月　×　日

国家卫生健康委员会监制

填　表　说　明

1.本表仅供申请护士执业注册使用。

2.用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.学历应当填写护理或者助产专业最高学历。

5.健康状况填写良好、一般或者有慢性病。

6.工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

7.技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。

8.首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。

9.首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需现执业机构填写意见。

10.使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

姓　　名	张三	性　　别	女	（照片）
出生日期	×年×月×日	民　　族	汉	
国　　籍	××	健康状况	××	
通过护士执业考试时间	×年×月×日	是否首次注册	□是　□否	
证件类型	身份证	证件号码	410481××××××	
毕业时间	×年×月×日	毕业学校	××××××××××	
专　　业	××	学　　制	×年	
学　　历	××	学　　位	×	
参加工作时间	×年×月×日	手机号码	1×××××××	
现执业机构	××医院	工作电话	××××××××	
单位登记号	××××××××	邮政编码	××××××	
行政区划	××　省（自治区/直辖市）	××　市（地区）	××　区（县）	
现工作科室	××××	技术职称	×××	
现工作类别	××××	职　　务	×××	
拟执业机构	××医院	工作电话	××××××××	
单位登记号	××××××××	邮政编码	××××××	
行政区划	省（自治区/直辖市）	市（地区）	区（县）	
拟工作科室	××××	技术职称	×××	
拟工作类别	××××	职　　务	×××	
何时何地因何种原因受过何种奖励或表彰				
何时何地因何种原因受过何种处罚或处分				
其他要说明的问题				

<table>
<tr><td colspan="5">个人学习经历（与护理或者助产专业相关）</td></tr>
<tr><td>开始时间</td><td>结束时间</td><td>学校名称</td><td>专　　业</td><td>学历/学位</td></tr>
<tr><td colspan="5">20×年×月日------20×年×月×日　×××学校　×××　×××</td></tr>
<tr><td colspan="5">个人工作经历（与护理或者助产专业相关）</td></tr>
<tr><td>开始时间</td><td>结束时间</td><td>工作单位</td><td>职　　务</td><td>职　　称</td></tr>
<tr><td colspan="5">20×年×月日------20×年×月×日　×××医院　×××　×××</td></tr>
<tr><td colspan="5">申请人签字：　本人签字　　× 年 × 月 × 日</td></tr>
<tr><td>（拟）执业机构意见</td><td colspan="4">意见：☑同意
□不同意

负责人签字：　　（医疗机构公章）
印　章
年　月　日</td></tr>
<tr><td>注册机关意见</td><td colspan="4">意见：□准予注册　　护士执业证书编号：_____
□准予变更注册
□准予延续注册
□不准予注册

不准予注册理由：

印　章
年　月　日</td></tr>
</table>

护士执业注册承诺书

本人符合《护士执业注册管理办法》（卫生部令第59号）第五条、第六条所列的条件与标准，没有《护士执业注册管理办法》第二十条所列不予注册的情形，所提交申请材料真实、合法、有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。

承诺人（本人签字）：本人签名

×年　×月　×日

附：《护士执业注册管理办法》相关条款：

第五条　申请护士执业注册，应当具备下列条件：

（一）具有完全民事行为能力；

（二）在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫生部规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；

（三）通过卫生部组织的护士执业资格考试；

（四）符合本办法第六条规定的健康标准。

第六条　申请护士执业注册，应当符合下列健康标准：

（一）无精神病史；

（二）无色盲、色弱、双耳听力障碍；

（三）无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

第二十条　护士执业注册申请人隐瞒有关情况或者提供虚假材料申请护士执业注册的，卫生行政部门不予受理或者不予护士执业注册，并给予警告；已经注册的，应当撤销注册。

三、卫生许可证新办或者延续

申请人将以下材料准备齐全后到市行政服务大厅综合受理窗口办理，其中《公共场所卫生许可申请表》、公共场所卫生许可告知承诺书由窗口提供。

公共场所卫生许可：

1. 《公共场所卫生许可申请表》;
2. 由取得计量认证合格证书的公共场所卫生技术服务机构一年内出具的卫生检测或者评价报告;
3. 公共场所卫生许可告知承诺书（新证）;
4. 公共场所地址方位示意图、平面图和卫生设施平面布局图
5. 公共场所卫生管理制度目录。

公共场所卫生许可(延续)：

1. 《公共场所卫生许可申请表》;
2. 《卫生许可证》原件;
3. 由取得计量认证合格证书的公共场所卫生技术服务机构一年内出具的卫生检测或者评价报告;
4. 公共场所卫生许可告知承诺书（延续)。

公共场所卫生行政许可申请表

单位名称	×××××××（按营业执照信息填写）		
法定代表人/负责人	×××	身份证号码	×××××××
经济类型	×××	经营面积	×㎡
注册地址	×××××××××		
统一社会信用代码	91410481××××××××		
职工人数	×人	应体检人数	×人
经办人	×××	联系人电话	1××××××××××
经营项目（请在拟经营项目前□内打“√”）			
1、住宿场所：□宾馆　□旅店　□ 招待所　□ 酒店　□ 旅馆　□ 度假村　□民宿			
2、沐浴场所：（□浴场　□ 浴室　□温泉浴　□足浴　□婴儿洗浴 ）			
3、生活美容场所：☑美容店　□美容中心　□美容院　□美容会所　□护肤馆　□美容 SPA			
4、美发场所：（□理发店　□美发店　□秀发室　□剪发店　□烫发店　□美发厅　□美发沙龙　□发型设计中心）			
5、□影剧院　□录像厅（室）　□游艺厅（室）　□舞厅　□音乐厅			
6、游泳场所：　□室内外人工游泳池、馆　□海滨浴场等天然游泳场			
7、□展览馆　□博物馆　□美术馆　□图书馆			
8、□商场（店）　□书店			
9、候车（船）室：□二等以上候船室　□二等以上长途汽车候车室　□地铁候车室　□候诊室			

<table>
<tr><td colspan="2">公共场所经营单位卫生设施情况</td></tr>
<tr><td>空调通风系统</td><td>集中式空调系统☐　局部式空调系统☑　机械排风扇☐</td></tr>
<tr><td>饮用水类别</td><td>集中式供水（公共供水☑/自建设施供水☐）　二次供水☐</td></tr>
<tr><td>公
共
用
品
用
具</td><td>公共用品用具消毒设施:　有☑　无☐
公共用品用具保洁设施:　有☑　无☐
公共用品用具种类:　×××（填写三种）
清洗方式:
自行清洗:　☑
外送清洗:　外送单位名称 _____
其它方式:　_____
消毒方式:
物理消毒:　煮沸☐　蒸汽☑　紫外线☐
红外线☐　臭氧☐
化学消毒:　药物名称　××××
其他方式:　_____
使用一次性用品用具种类:　×××（填写三种）
_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">申请人（签章）:　×××
×年　×月　×日</td></tr>
</table>

填写申请表一律使用钢笔、水笔，填写的内容应完整、清晰、准确，涂改处应盖章或签名，本表一式两份，卫生健康行政部门存留一份，卫生监督部门存留一份。

公共场所卫生许可证申请表（延续）

统一社会信用代码：××××××

单位名称	××××××（按营业执照信息填写）		
经营地址	××××××		
卫生许可证编号	舞卫公字（×）第××号	经营总面积（m^2）	×m^2
法定代表人/ 负责人	×××	联系电话	1××××××
经办人(委托)	×××	联系电话	1××××××
经营范围	××××		
申请人（签章）：××× ×年 × 月 × 日			

填写申请表一律使用钢笔、水笔，填写的内容应完整、清晰、准确，涂改处应盖章或签名，本表一式两份，卫生健康行政部门存留一份，卫生监督部门存留一份。

受理编号:

医师多机构备案申请表

医师姓名：_____

医师资格
证书编码：_____

医师执业
证书编码：_____

河南省卫生健康委员会

河南省中医管理局

<table>
<tr><td rowspan="4"></td><td>姓　　名</td><td></td><td>性 别</td><td></td><td>民　　族</td><td></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>专业技术职务任职资格</td><td></td></tr>
<tr><td>身份证号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所学系、专业</td><td colspan="3"></td><td>学　　历</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">家庭地址及邮编</td><td colspan="3"></td><td>健康状况</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">业务水平考核机构或组织名称、考核培训时间及结果</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">何时何地因何种原因受过何种处罚或处分</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">其他要说明的问题</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="10">个人工作经历</td><td>时间</td><td colspan="3">单位</td><td>技术职务</td><td>证明人</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="3"></td><td></td><td></td></tr>
</table>

注：1.个人工作经历栏如不够，请自行另附页。

3.　主执业机构变更后，与其相关联的备案机构全部失效。

<table>
<tr><td rowspan="3">主要执业机构情况</td><td>机构名称</td><td></td><td>机构登记号</td><td></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>邮政编码</td><td></td><td>单位电话</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">拟备案机构情况</td><td>机构名称</td><td></td><td>机构登记号</td><td></td></tr>
<tr><td>机构地址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>邮政编码</td><td></td><td>单位电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">有效期开始时间</td><td></td><td>有效期结束时间</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">本人意见</td><td colspan="3">意见：

医师本人签名：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">拟备案机构意见</td><td colspan="3">意　见：

负责人：　　公章
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">办理情况</td><td colspan="3">承办人：　　办理日期：　　年　月　日</td></tr>
</table>

需提供的材料清单：

1.《医师多机构备案申请表》2份；

2.《医师执业证书》原件和复印件1份；

3.近期小2寸免冠正面彩色照片2张。

护士执业注册申请审核表

姓　　名：_____

执业证书编码：_____

填 表 时 间：　　年　　月　　日

国家卫生健康委员会监制

填 表 说 明

1.本表仅供申请护士执业注册使用。

2.用钢笔或签字笔填写，内容具体真实，字迹端正清楚。

3.表内的年月日时间，用公历阿拉伯数字填写。

4.学历应当填写护理或者助产专业最高学历。

5.健康状况填写良好、一般或者有慢性病。

6.工作类别填写临床护理、护理行政管理、预防保健或者其他。

7.技术职称填写护士、护师、主管护师、副主任护师、主任护师或者未评定。

8.首次注册人员现工作单位相关信息可不填写。

9.首次注册、变更注册等需拟执业机构填写意见，延续注册需现执业机构填写意见。

10.使用的照片为近期小二寸免冠正面半身照。

姓　　名		性　　别		（照片）
出生日期		民　　族		
国　　籍		健康状况		
通过护士执业考试时间		是否首次注册	□是　　□否	
证件类型		证件号码		
毕业时间		毕业学校		
专　　业		学　　制		
学　　历		学　　位		
参加工作时间		手机号码		
现执业机构			工作电话	
单位登记号			邮政编码	
行政区划	省（自治区/直辖市）　　市（地区）　　区（县）			
现工作科室			技术职称	
现工作类别			职　　务	
拟执业机构			工作电话	
单位登记号			邮政编码	
行政区划	省（自治区/直辖市）　　市（地区）　　区（县）			
拟工作科室			技术职称	
拟工作类别			职　　务	
何时何地因何种原因受过何种奖励或表彰				
何时何地因何种原因受过何种处罚或处分				
其他要说明的问题				

<table>
<tr><td colspan="5">个人学习经历（与护理或者助产专业相关）</td></tr>
<tr><td>开始时间</td><td>结束时间</td><td>学校名称</td><td>专　　业</td><td>学历/学位</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">个人工作经历（与护理或者助产专业相关）</td></tr>
<tr><td>开始时间</td><td>结束时间</td><td>工作单位</td><td>职　　务</td><td>职　　称</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="5">申请人签字：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>（拟）执业机构意见</td><td colspan="4">意见：□同意
□不同意

负责人签字：
印　　章
年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>注册机关意见</td><td colspan="4">意见：□准予注册　　护士执业证书编号：_____
□准予变更注册
□准予延续注册
□不准予注册

不准予注册理由：
印　　章
年　　月　　日</td></tr>
</table>

护士执业注册承诺书

本人符合《护士执业注册管理办法》（卫生部令第59号）第五条、第六条所列的条件与标准，没有《护士执业注册管理办法》第二十条所列不予注册的情形，所提交申请材料真实、合法、有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。

承诺人（本人签字）：

年　　月　　日

附：《护士执业注册管理办法》相关条款：

第五条　申请护士执业注册，应当具备下列条件：

（一）具有完全民事行为能力；

（二）在中等职业学校、高等学校完成教育部和卫生部规定的普通全日制3年以上的护理、助产专业课程学习，包括在教学、综合医院完成8个月以上护理临床实习，并取得相应学历证书；

（三）通过卫生部组织的护士执业资格考试；

（四）符合本办法第六条规定的健康标准。

第六条　申请护士执业注册，应当符合下列健康标准：

（一）无精神病史；

（二）无色盲、色弱、双耳听力障碍；

（三）无影响履行护理职责的疾病、残疾或者功能障碍。

第二十条　护士执业注册申请人隐瞒有关情况或者提供虚假材料申请护士执业注册的，卫生行政部门不予受理或者不予护士执业注册，并给予警告；已经注册的，应当撤销注册。

公共场所卫生行政许可申请表

单位名称			
法定代表人/负责人		身份证号码	
经济类型		经营面积	
注册地址			
统一社会信用代码			
职工人数		应体检人数	
经办人		联系人电话	
经营项目（请在拟经营项目前□内打“√”）			
1、住宿场所：□宾馆　□旅店　□ 招待所　□ 酒店　□ 旅馆　□ 度假村　□民宿			
2、沐浴场所：（□浴场　□ 浴室　□温泉浴　□足浴　□婴儿洗浴 ）			
3、生活美容场所：□美容店　□美容中心　□美容院　□美容会所　□护肤馆　□美容 SPA			
4、美发场所：（□理发店　□美发店　□秀发室　□剪发店　□烫发店　□美发厅　□美发沙龙　□发型设计中心）			
5、□影剧院　□录像厅（室）　□游艺厅（室）　□舞厅　□音乐厅			
6、游泳场所：　□室内外人工游泳池、馆　□海滨浴场等天然游泳场			
7、□展览馆　□博物馆　□美术馆　□图书馆			
8、□商场（店）　□书店			
9、候车（船）室：□二等以上候船室　□二等以上长途汽车候车室　□地铁候车室　□候诊室			

公共场所经营单位卫生设施情况	
空调通风系统	集中式空调系统□　局部式空调系统□　机械排风扇□
饮用水类别	集中式供水（公共供水□/自建设施供水□）　二次供水□
公共用品用具	公共用品用具消毒设施:　有□　无□ 公共用品用具保洁设施:　有□　无□ 公共用品用具种类: _____ **清洗方式:** 自行清洗: □ 外送清洗: 外送单位名称 _____ 其它方式: _____ **消毒方式:** 物理消毒: 煮沸□　蒸汽□　紫外线□ 红外线□　臭氧□ 化学消毒: 药物名称_____ 其他方式: _____ 使用一次性用品用具种类: _____ _____
申请人（签章）: 年　月　日	

填写申请表一律使用钢笔、水笔，填写的内容应完整、清晰、准确，涂改处应盖章或签名,本表一式两份，卫生健康行政部门存留一份，卫生监督部门存留一份。

公共场所卫生许可证申请表（延续）

单位名称			
经营地址			
卫生许可证编号		经营总面积（m^2）	
法定代表人/负责人		联系电话	
经办人(委托)		联系电话	
经营范围			
申请人（签章）: 年　　月　　日			

填写申请表一律使用钢笔、水笔，填写的内容应完整、清晰、准确，涂改处应盖章或签名,本表一式两份，卫生健康行政部门存留一份，卫生监督部门存留一份。