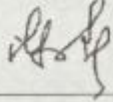
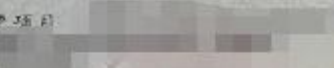
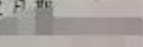
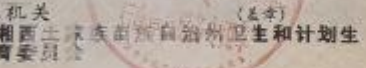
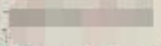


注：有无变更情况均需上传变更注册记录页

 姓名  性别 女 身份证号  证书编码  签发日期 	医师资格 证书编码  执业类别 临床 执业范围 执业地点 湖南省 湖南省卫生和计划生育 发证机关委员会 签发人 
变更注册记录 变更项目  变更日期  批准机关  (盖章)	变更注册记录 变更项目 变更日期 批准机关 (盖章)
执业范围变更 变更项目 内科专业,重症医学科专业 变更日期  批准机关 湘西土家族苗族自治州卫生健康委员会 (盖章)	变更注册记录 变更项目 变更日期 批准机关 (盖章)