附件2

医师不良执业行为记分通知书

编号：杭医师记〔年份〕 号

姓名： 身份证号码：

经查，你于 年 月 日从事的 ，违反了 的规定，依据《杭州市医师不良执业行为记分管理办法（试行）》的规定，本机关对你的不良执业行为记 分。

如你对本次记分有异议，可自收到本通知书之日起3个工作日内申请复核。逾期视为放弃复核。

联系地址：

联 系 人：

联系电话：

当事人签收： 卫生健康行政部门（盖章）

年 月 日 年 月 日

备注：本通知书一式三份，一份交当事人，一份留存本行政机关，一份抄送发生不良执业行为的医疗卫生机构（若发生在主要执业机构之外的，应增加一份，抄送给医师的主要执业机构）。