附件1

|  |
| --- |
| 医师不良执业行为记分通知书 |
| **编号：执法类别+〔年份〕+序号** |
|  |
| 姓 名：  身份证号码：  经查，你于 年 月 日从事的（不良执业行为情形）  违反了 的规定，依据《广西壮族自治区医师不良执业行为记分管理办法》第 条第 款  第 项的规定，本机关拟对你记 分。  如你对此有异议，可在 年 月 日前到我委（局）进行陈述和申辩。逾期视为放弃陈述和申辩。  联系人地址：  联 系 电话：  联 系 人：  当事人签收： 卫生健康行政部门  年 月 日  年 月 日 |

备注：本通知一式两份，一份留存《医师不良执业行为档案》，一份交当事人。