



健康证明表

致医疗护理专业人员：

本表供医生、医生助理或执业护士对申请美容美发业执照的患者出具检查证明使用。

请完成本表后面的部分，签字并注明日期。

致美容和/或理发申请人：

您在申请美容、化妆、专业美甲、自然发型设计、脱毛和理发营业执照时需要进行体检。

您的医生、医生助理或执业护士必须完成、签署本健康证明表并注明日期。您必须在检查之日起 30 天内提交在线执照申请。

说明：

在线申请执照时，请使用如下证明表中包含的信息。您需要将本表中的信息输入系统中的相应健康证明栏位。

请注意：完成的《健康证明表》需要经过调查人员审计，以确保其符合要求。

出于审计目的，本表的证明必须在您的工作场所保留 3 年。

健康证明：

本人已获得 级正式医生执照、 级正式医生助理执照或 级正式执业护士执照，在此声明

在检查日期 _____ 对

(医生检查日期)

_____ 进行的常规检查过程中，本人未发现

(申请人姓名)

在申请人开展职业过程中会对公众人士健康或安全造成严重风险或构成直接威胁的任何

传染性疾病临床迹象。

医生正楷姓名：_____ 日期：_____

执业地址：_____

医生签名：_____ 职称：_____