人体器官移植医师资格认定申请表

（已从事移植工作的）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | (贴照片处) |
| 年龄 |  | | 职称 |  |
| 执业地点 |  | | | |
| 何时起从事人体器官移植相关专业临床工作 | | | | |  |
| 申请资格认定专业 | | | | |  |
| 近5年累计手术医师实施移植手术情况 | | 开展数量 | |  | |
| 移植器官生存率 | |  | |
| 是否符合技术规范 | |  | |
| （请抄写：本人承诺以上信息全部属实，一切由上述信息错误引起的后果由本人自负。    签名：  年 月 日 | | | | | |
| 申请单位科室意见：     负责人：  年 月 日 | | | | | |
| 申请单位意见：  负责人： （ 公 章） 年 月 日 | | | | | |