人体器官移植医师资格认定申请表

（新开展移植工作的）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | (贴照片处) |
| 年龄 |  | | 职称 | |  | |
| 执业地点 | |  | | | | |
| 执业类别 | |  | | 执业范围 | | |  |
| 执业证书编号 | |  | | | | | |
| 何时起从事人体器官移植临床工作 | | | | | |  | |
| 何时起从事相关外科或小儿外科临床工作 | | | | | |  | |
| 申请资格认定专业 | | | | | |  | |
| 培训基地 | | | | | |  | |
| 考核结果 | | | | | |  | |
| 近3年是否发生过二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故 | | | | | |  | |
| 近3年是否有违反医疗卫生相关法律、法规、规章、伦理原则和人气器官移植技术管理规范的行为 | | | | | |  | |
| （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 | | | | | | | |