附表

吉林省人体器官移植医师执业资格申请及审查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | | 年龄 |  | | 职称 | |  |
| 工作医院 |  | | | | | | 医院级别 | | | |  | |
| 执业类别 |  | | | | 从事本专业年限 | | |  | | | | |
| 单位电话 |  | | | | | | 邮编 |  | | | | |
| 住址电话 |  | | | | | | 手机 |  | | | | |
| 执业医师证号 |  | | | | | | | | | | | |
| 拟申请开展器官移植类别（勾选） | 肝脏移植□ | | 作为术者近三年开展数量（例数） | | | 肝脏移植 | | |  | | | |
| 肾脏移植□ | | 肾脏移植 | | |  | | | |
| 心脏移植□ | | 心脏移植 | | |  | | | |
| 肺脏移植□ | | 肝脏移植 | | |  | | | |
| 其他（注明）： | | 其他：（注明） | | |  | | | |
| 相  关  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | |
| 所在单位初评意见:  (公章)  年月日 | | | | | | | | | | | | |

注：相关工作内容所需填写具体内容：

重点对符合人体器官移植医师认定条件做以详细介绍。

《人体器官移植医师培训与认定管理办法》公布前从事人体器官移植工作的，重点介绍连续从事时间及近5年累计以手术医师实施移植手术达到规定数量及移植器官生存率符合国家有关技术管理规范，并提供详细的证明材料。