**山西省人体器官移植医师执业资格认定申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民族 |  | （2寸红底） |
| 出生年月 |  | 职 称 |  | 任职时间 |  |
| 职 务 |  | 工作单位 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 从事专业 |  | 工作年限 |  | 从事器官移植工作年限 |   | 执业地点 |  |
| 医师资格证书编号 |  | 医师执业证书编号 |  | 执业范围 |  |
| 申请项目 | 肾脏移植 |  | 肝脏移植 |  | 心脏移植 |  |
| 经人体器官移植医师培训基地培训相关情况（“经培训认定程序”认定的医师填写此栏） | （培训时间、地点、年限、指导老师情况） |
| 工作经历 | （时限、单位、专业、职称） |
| 近5年做为术者完成人体器官移植技术（例数）情况 | 器官移植例数 |  |
| 并发症发生率（％） |  |
| 1年存活率（％） |  |
| 3年存活率（％） |  |
| 5年存活率（％） |  |
| 移植相关纠纷发生数 |  |
| 执 业机 构意 见 | 印 章负责人： 年 月 日 |