陕西省人体器官移植医师执业资格认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | |  | **照片**  **粘贴处** | |
| **执业类别** |  | **执业范围** | |  |
| **人体器官移植医师培训基地名称** | |  | | |
| **工作经历** | | | | | | |
| 时间 | 执业机构名称 | | 科室 | 医院级别 | 证明人 | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
|  |  | |  |  |  | |
| **执业医师证书**  **编码** |  | | | | | |
| **专业技术职务**  **任职资格** | 任职资格 | | | 专业 | | |
|  | | |  | | |
| **相关情况**  **（勾选）** | 最近一周期医师定期考核是否合格 | 近3年有无发生二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故 | | 近3年有无违反医疗卫生相关法律、法规、规章、伦理原则和人体器官移植技术管理规范的行为 | | |
| 是 □，否 □ | 有 □，无 □ | | 有 □，无 □ | | |
| **联系方式** |  | **电子邮件** | |  | | |
| **拟申请认定的**  **执业资格类别**  **（勾选）** | 肝脏移植医师 | □ | | **近5年累计参与器官**  **（ ）**  **移植手术**  **数量** | 年度 | 数量 |
| 肾脏移植医师 | □ | |  |  |
| 心脏移植医师 | □ | |  |  |
| 肺脏移植医师 | □ | |  |  |
| 胰腺移植医师 | □ | |  |  |
| 小肠移植医师 | □ | |  |  |
| **单位意见** | 负责人签字： （公 章）  年 月 日 | | | | | |
| **承诺事项** | 本人（代理人）郑重承诺：所提供的各项材料真实有效，不存在虚假、伪造、冒名等行为。  签字： 年 月 日 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **以下内容由卫健委填写** | |
| **申请材料**  **目录** | 1.陕西省人体器官移植医师执业资格认定申请表原件1份；□  2.申请人个人简历原件一份；□  3.申请人身份证、医师资格证书、执业证书复印件各1份；□  4.申请人相关专业学历、学位证书复印件1份；□  5.主治或主治以上医师专业技术职务任职资格复印件1份；□  6.人体器官移植或相关外科或小儿外科临床工作经验证明原件1份；□  7.医师相关器官移植手术量化表原件1份；□  8.捐献器官获取量化表原件1份；□  9.医师近3年未相关医疗事故及违反医疗卫生等法律规范行为证明原件1份；□  10.器官移植医师培训备案资料复印件1份；□  11.器官移植医师培训合格证书复印件1份；□  12.转业医师无10、11项材料时，提供军队卫生主管部门出具的证明原件1份。□ |
| **受理情况** | 1.受理通知书编号：  2.递交申请材料时间： 年 月 日  3.申请材料是否齐全： 是 □ 否 □  受理人签字：  年 月 日 |
| **初审意见** | 经办人签字：  年 月 日 |
| **审核意见** | 局领导签字：  年 月 日 |
| **审批意见** | 委领导签字： 年 月 日  （公 章） |