**宁夏回族自治区人体器官移植医师执业资格认定申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号码 |  |
| 工作医院 |  | 医院等级 |  | 学 历 |  |
| 执业类别 |  | 执业范围 |  | 工作年限 |  |
| 从事人体器官移植或相关外科或小儿外科临床工作年限 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | 手机号码 |  |
| 医师资格证书编码 |  | | | | |
| 医师执业证书编码 |  | | | | |
| 拟申请开展器官移植类别（勾选） | 肝脏移植□肾脏移植□心脏移植□肺脏移植□小肠移植□胰腺移植□ | | | | |
| 相  关  工  作  简  历 | 时限 单位 专业 职称 | | | | |
| 所在单位意见:    (公章)  年 月 日 | | | | | |