人体器官移植医师执业资格认定申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 张XX | 性 别 | | 男 | | 身份证号码 | 33xxxxxxxxxxxxxxxx | |
| 工作医院 | 浙江省XXXX医院 | 医院等级 | | 三级甲等 | | 学 历 | 硕士 | |
| 执业类别 | 临床 | 执业范围 | | 外科 | | 工作年限 | 15年 | |
| 从事人体器官移植或相关外科或小儿外科临床工作年限 | | | | | | 10年 | | |
| 通讯地址 | XX市XX区XX路XX号 | | | | | 手机号码 | 135xxxxxxxx | |
| 医师资格证书编码 | xxxxxxxxxx | | | | | | | |
| 医师执业证书编码 | xxxxxxxxxx | | | | | | | |
| 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 |
| 20xx年xx月至今 | | 新疆XXXX医院 | | 外科 | | | 副主任医师 |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
|  | |  | |  | | |  |
| 所在单位意见:    (公章)  年 月 日 | | | | | | | | |