**江西省职业病诊断医师资格申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 身份证号码 | | |  | | 性别 |  | 贴  相  片  （彩色大一寸） | |
| 毕业学校、  专业及时间 |  | | | | | | 现从事专业 |  | |
| 单 位 |  | | | | | | 职 称 |  | |
| 地 址 |  | | | | 联系电话 | |  | 邮 编 | |  | |
| 医师执业证书编码 |  | | | 申请诊断项目（打√最多限两项） | | | 1、职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病  2、职业性皮肤病  3、职业性眼病  4、职业性耳鼻喉口腔疾病  5、职业性化学中毒  6、物理因素所致职业病  7、职业性放射性疾病  8、职业性传染病  9、职业性肿瘤  10、其他职业病 | | | | |
| 执业类别 |  | | |
| 执业范围 |  | | |
| 工 作 简 历 | | | | | | | | | | | |
| 年月—年月 | | 工 作 单 位 | | | | | | 科室或部门 | | | 从事具体专业 |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | | | |  | | |  |
| 参加职业病诊疗相关进修与培训情况 | | | | | | | | | | | |
| 年月—年月 | | 进修与培训单位 | | | | | | 进修、培训内容 | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |
|  | |  | | | | | |  | | | |
| 从事职业病诊疗及相关工作的主要经历与工作内容 | |  | | | | | | | | | |
| 单位审核意见及拟定诊断项目 | | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | |
| 所在地  卫生行  政部门  初审意见 | | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | |
| 批准诊断项目与证 书号 | | （由省卫生健康委行政审批受理中心填写） | | | | | | | | | |

注：1、此表可复印，请随表附上大一寸彩照一张；

2、卫生健康行政部门直属医疗卫生机构申报人员由主管卫生健康行政部门初审，非卫生健康行政部门直属医疗卫生机构申报人员由颁发《医疗机构执业许可证》的卫生行政部门初审。