职业病诊断医师资格申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生  年月 |  | 贴照片  （彩色大一寸） |
| 毕业院校 |  | | | | | 所学  专业 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 学历 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | 职 称 |  |
| 单位地址 |  | | | | | | 邮 编 |  |
| 联系电话 |  | 从事专业  工作年限 | | | 年 | | 取得中级以上职称年限 | 年 |
| 执业医师资格证编号（24或27位数字） |  | | | | | | | |
| 个  人  工  作  简  历 |  | | | | | | | |
| 单  位  意  见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 市级卫生行政部门意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |

提交的材料：1.医师执业证书复印件；2.中级以上卫生专业资格证书复印件；3参加职业病诊断医师相应专业培训并考核合格的相关证明。