**四川省职业病诊断医师申请及审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 诊断类别 |  | | | | | | | | |
| 单位电话 |  | | | | | 邮编 |  | | |
| 住址电话 |  | | | | | 手机 |  | | |
| Email |  | | 医师执业证书号 | | | |  | | |
| 相  关  工  作  简  历 | 时限 单位 专业 职称 | | | | | | | | |
| 单位意见:  (公章)  年 月 日 | | | | | 卫生行政部门意见:  (公章)  年 月 日 | | | | |