**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 |