**职业病诊断医师资格申请表**

申 请 人 姓 名 ：

执业机构（单位）名称：

填 表 时 间： 年 月 日

新疆维吾尔自治区卫生计生委制

**填 表 说 明**

1、本表供执业医师申请职业病诊断医师资格认定使用。前半部分由申请人填写，后半部分由有关部门填写。填写的内容应经人事组织或档案管理部门审核认可。

2、一律用钢笔或签字笔填写，内容应具体、真实，字迹端正清楚。

3、“照片”用近期一寸免冠彩色正面半身照。

4、相关进修、培训应从参加工作后填起。

5、如填写内容较多，可另加附页。

**承 诺 书**

我单位(个人)为申请职业病诊断医师资格所提供的材料均真实、可靠。如有不实之处，我单位(个人)愿负相应的法律责任，并承担由此造成的一切后果。

承诺人签名： 承诺单位：(盖章)

年 月 日 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 族别 | | |  | | | 性别 | | |  | | 贴  相  片  （彩色一寸） | | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 |  | | | | | | | | 现从事专业 | | | | |  | |
| 毕业学校、  专业及时间 |  | | | | | | | | | 职 称 | | | |  | |
| 地 址 |  | | | | | | 联系  电话 | | |  | | | | | 邮编 | | |  |
| 医师资格证  书编码 |  | | | 申请诊断项目（申请项目后打√）） | | 1. 尘肺 6. 职业性皮肤病  2. 职业性放射性疾病 7. 职业性眼病  3. 职业中毒 8. 职业性耳鼻喉口腔疾病  4. 物理因素所致职业病 9. 职业性肿瘤  5. 生物因素所致职业病 10. 其他职业病 | | | | | | | | | | | | |
| 执业医师证书编码 |  | | |
| 工 作 简 历 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年月—年月 | | 工 作 单 位 | | | | | | | | | | 科室或部门 | | | | | 从事具体专业 | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| 参加职业病诊断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 | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 单位审核意见 | | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 批准诊断项目与证书号 | | （批准的诊断项目由专业科室填写、证书号由许可受理审核科填写） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自治区卫生厅审批意见 | | 年 月 日 (盖章) | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：此表可复印，请随表附一寸彩照一张；