山东省职业病诊断医师资格变更申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 贴照片（彩色大一寸） |
| 出生年月 |  | 学历 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 身份证号码 |  |
| 现工作单位 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 职 称 |   | 联系电话 |  |
| 从事专业及工作年限 | 专业 年 |
| 医师执业证编号及注册专业 |   |
| 医师资格证编号（24或27位数字） |  |
| 变更事项 | □执业地点 | 原执业地点 |  |
| 变更后执业地点 |  |
| □其他事项 |  |
| 单位意见 |  （盖 章） 年 月 日 | 省级卫生健康行政部门意见 | （盖 章） 年 月 日 |

提交的材料：1.变更后的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。