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。