职业病诊断资格证书核发申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | | 照片  （彩色红底免冠1寸） |
| 身份证号 |  | | | 出生年月 |  | |
| 所学专业 |  | | | 学 历 |  | |
| 职 称 |  | | | 从事本专业工作年限 |  | |
| 执业单位  （工作单位） |  | | | | 执业范围 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 联系电话 |  | | | | E-mail | |  |
| 职业病诊断资格证书申请类别：  □1.职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □2.职业性皮肤病 □3.职业性眼病  □4.职业性耳鼻喉口腔疾病 □5.职业性化学中毒 □6.物理因素所致职业病  □7.职业性放射性疾病 □8.职业性传染病 □9.职业性肿瘤 □10.其他职业病 | | | | | | | | |
| 已参加职业病诊断医师相应专业培训并考核合格的类别：  □1.职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □2.职业性皮肤病 □3.职业性眼病  □4.职业性耳鼻喉口腔疾病 □5.职业性化学中毒 □6.物理因素所致职业病  □7.职业性放射性疾病 □8.职业性传染病 □9.职业性肿瘤 □10.其他职业病 | | | | | | | | |
| 所附资料清单 | | 1.医师执业证书(复印件)  2.中级以上卫生专业技术职务任职资格(复印件)  3.参加省级卫生健康主管部门组织的职业病诊断医师专业培训并考核合格的证明材料  4.身份证(复印件)  5.相片（电子版，彩色红底免冠1寸） | | | | | | |
| 教育、培训经历 | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 毕业院校 | | | 所学专业 | | |
| 年 月－ 年 月 | | |  | | |  | | |
| 年 月－ 年 月 | | |  | | |  | | |
| 年 月－ 年 月 | | |  | | |  | | |
| 从事职业病诊断、鉴定相关工作三年以上的经历 | | | | | | | | |
| 申请人声明：  本人保证申请表中所述内容及所提交材料真实。  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 执业机构(单位)意见  单位名称(公章)：  年 月 日 | | | | | | | | |

备注：

1、相片要求，彩色红底免冠1寸数码照片与申请表上所用照片应一致，为申领人近期正面免冠彩色头像，常戴眼镜的应配戴眼镜。相片要求人像清晰，层次丰富，神态自然，无明显畸变，背景色为红色，人像在相片矩形框内水平居中。图像文件要求：文件格式为jpg文件式的压缩图像，相片的文件大小一般在 76KB 左右，该图像规格为：472像素（宽）×630 像素（高）或2.4cm（宽）×3.2cm（高）。