附表

广东省职业病诊断医师资格考核申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 贴照片（彩色大一寸） |
| 毕业院校 |  | 所学专业 |  |
| 身份证号码 |  | 学历 |  |
| 工作单位 |  | 职 称 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 联系电话 |  | 从事专业工作年限 |  年 | 取得中级以上职称年限 |  年 |
| 医师资格证编号（24或27位数字） |  |
| 医师执业证书编号 |  |
| 申请诊断类别 | □职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □职业性皮肤病 □职业性耳鼻喉口腔疾病 □职业性化学中毒 □物理因素所致职业病 □职业性放射性疾病 □其他类  |
| 个人工作简历 |  |
| 单位意见 |  （盖 章） 年 月 日 |
| 省卫生健康委意见 | （盖 章） 年 月 日 |

提交的材料：1.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；3.从事职业病诊断、鉴定相关工作三年以上的证明。