## 山东省人体器官移植医师资格认定申请表

姓	名			执业医疗机构				
执业类别		医师资格证书编号				第编号		
执业范围				医师执业证书编号				
医师联系方式		手机号:	机号: 电子邮箱:					
工作简历	时间		抄	执业医疗机构		从事专业		
专技职任资业术务职格	时间		ŧ	专业技术职务		专业		
接受培训的器官移植医师 培训基地名称及培训时间			(符合培训后申请认定条件的医师填写)					
申请认定的移植医师类别(勾选)				脏□ 腺□				

		时间	手术数量		移植器官生存率			
近5年累计以手术医师实施的相应专业移植		2012年						
		2013年						
		2014年						
手术数量		2015年						
		2016年						
最近一周期	定期考核情况	(勾选)	考核合格□ 考核不合格					
近3年发生,任的医疗事		以上负完全责 兄(勾选)	未发生□ 发生□					
		关法律、法规 言移植技术管	个存在相去行为					
个人意见		根据有关规定,本人提出认定申请。承诺提供的相关信、数据、材料真实、准确,并承担相应责任。 申请人签字: 时间:						
执业医疗	定申		述信息及有关	<b>资料</b> 真:	实、准确,同意提出认			
机构审核 意见		院长签字:						
		单位公章:		时间:				