|  |
| --- |
| 受理编号：豫卫移植申( )第 号  受理日期： 年 月 日 |

人体器官移植医师执业资格认定

申请表

申请人 （签字）

申请单位 （盖章）

河南省卫生健康委员会制

办理须知

一、申请条件

（一）持有《医师执业证书》，执业类别为临床，执业范围为外科或儿科（小儿外科方向）,执业地点为三级医院；

（二）近3年未发生二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故，无违反医疗卫生相关法律、法规、规章、伦理原则和人体器官移植技术管理规范的行为；

（三）取得主治医师专业技术职务任职资格，有5年以上人体器官移植临床工作经验或8年以上相关外科或小儿外科临床工作经验；

（四）经人体器官移植医师培训基地培训并考核合格。

二、申请材料

（一）《人体器官移植医师执业资格认定申请表》；

（二）申请人身份证、医师执业证书、主治医师及以上专业技术职务资格证原件及复印件；

（三）《人体器官移植医师培训考核合格证书》原件及复印件。

三、填写要求

请用电脑打印或钢笔填写，字迹清楚，不得涂改、空项。内容要实事求是，填报有虚假者，责任自负。

办理地址：郑州市金水东路与博学路东南角，省卫生健康委一楼行政审批受理大厅

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | | 1寸近期  免冠照片 |
| 执业机构 | |  | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |
| 单位电话 | |  | | | 邮 编 | |  | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | 申请人  联系方式 | |  | |
| 医师执业证书编码 | |  | | | | | 执业范围 | |  | |
| 参加培训基地（卫生健康卫生  行政部门指定）名称 | | | | |  | | | | | |
| 参加培训时间 | | | | | 20 年 月 日-20 年 月 日 | | | | | |
| 申请开展器官移植项目（勾选） | | 肝脏移植□ 肾脏移植□ 心脏移植□  肺脏移植□ 小肠移植□ 胰腺移植□ | | | | | | | | |
| 相关工作简历 | 起止年月 单位 专业 职称 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 申请人承诺 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 申请单位承诺 | 承诺：我单位 医师于 年 月 日取得主治医师专业技术职务任职资格，有（□5年以上人体器官移植/ □8年以上相关外科或小儿外科）临床工作经验；近3年未发生二级以上负完全责任或主要责任的医疗事故，无违反医疗卫生相关法律、法规、规章、伦理原则和人体器官移植技术管理规范的行为。  法定代表人（签字）：  医疗机构（公章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 受理机关 | 承办人：  年 月 日 | | | | | | | | | |