附件2

黑龙江省职业病诊断医师资格申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （小2寸白底  正面免冠照片） |
| 执业机构名称  号 码 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | 学历/学位 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 邮 箱 |  | | | 电 话 |  |
| 申 请  类 别 | □1.职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □6.职业性皮肤病  □2.职业性放射性疾病 □7.职业性眼病  □3.职业性化学中毒 □8.职业性耳鼻喉□口腔疾病  □4.物理因素所致职业病 □9.职业性肿瘤  □5.职业性传染病 □10.其他职业病 | | | | | |
| 所 附  资 料  清 单 | □1.《黑龙江省职业病诊断医师资格申请表》(复印件)  □2.《医师执业证书》(复印件)  □3.中级及以上卫生专业技术职务任职资格证书(复印件)  □4.与申请职业病诊断专业项目相关的三年以上工作经历的材料  □5.小2寸白底正面免冠照片（受理通过后邮寄至服务窗口）。  **注：2024年之前参加职业病诊断医师培训的需提交培训合格证书,2024年之后（含2024年）参加职业病诊断医师培训的以公示名单为准。** | | | | | |
| 职业病  工 作  简 历 |  | | | | | |
| 单 位  意 见 | 盖　章  年　　月　 日 | | | | | |
| 黑龙江省卫生  健康委员会  意见 | 盖 章  年　　月　　日 | | | | | |