附件3

黑龙江省职业病诊断医师资格变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |
| 发生变更情况 | □1.医师执业注册事项发生变更□2.职业病诊断专业项目发生变化 |
| 原职业病诊断专业项目 |  |
| 变更后职业病诊断专业项目 |  |
| 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 |