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 | | | | | |