|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **柳州市母婴保健技术人员资格认定申请表** | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | 出生日期 |  | | 学历 |  | 贴照片 |
| 毕业学校及专业 | |  | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | 身份证号 |  | | | |
| 技术职称 | |  | | | 联系电话 |  | | | |
| 从事助产技术服务年限 | |  | | | 从事结扎手术、终止妊娠手术服务年限 | | |  | | |
| 科室 | | □妇产科 □妇科 □产科 □妇女保健科 □婚前保健科  □外科 □检验科 □医学影像科 □其他 | | | | | | | | |
| 获得□执业医师/□执业助理医师、□执业护士资格时间 | | | | | | |  | | | |
| 技术项目 | | □婚前医学检查 □产前筛查（□临床□检验□B超）  □孕产期保健助产技术 □结扎手术 □终止妊娠手术 | | | | | | | | |
| 本次申请为 | | □新办 □到期换证 □变更 □遗失补办 | | | | | | | | |
| 本人主要工作简历和执业小结（变更或遗失补办需要说明的情况） |  | | | | | | | | | |
| 考试考核  情况 |  | | | | | | | | | |
| 单位审核  意见 | 盖章 年 月 日 | | | | 行政审批部门意见 | 盖章 年 月 日 | | | | |
| 填表说明：1.请在所选的项目框内打“√”。  2.单位应考核：（1）申请人目前是否在相应的工作岗位；  （2）近三年内有无医疗事故发生；  （3）医德医风情况等。  3.考试考核情况由行政审批部门参照市医学考试中心提供的考核合格名单填写。 | | | | | | | | | | |