**临沂市母婴保健技术服务人员**

**考核审批表**

**申请人姓名**

**申请母婴保健**

**技术服务项目**

**执业机构名称**

**填表时间： 年 月 日**

**证书编号：**

临沂市卫生计生委制

**填 表 说 明**

1.必须使用蓝黑钢笔或黑色签字笔填写此表。

2.申报此表时，要提供申请人身份证、医学学历、技术职称、《医师资格证书》或者《执业助理医师资格证书》、《医师执业证书》或者《执业助理医师执业证书》、《护士执业证书》、专业培训等证件证明的原件。

3.离退休返聘人员、外聘人员要有原单位出具其所从事专业的证明原件，现聘用单位出具的聘用证明原件。

4.申报此表时，申请人要填写此表一式3份，县区卫计局核发《母婴保健技术考核合格证书》后，市卫计委、县区卫计局、申报单位各存档1份。

 **临沂市母婴保健技术服务人员考核审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照 片（一寸正面半身近照） |
| 工作单位 |  | 学历 |  |
| 毕业医学院校 |  | 所学专业 |  |
| 目前从事技术专科 |  | 技术职称 |  |
| 申报考核项 目 |  | 何年何月开始从事申报考核项目 |  |
| 专业技术培训经历 |  |
| 专业技术工作简述 |  |
| 理论考试时 间 |  | 理论考试分数 |  |
| 实践技能考核时间 |  | 实 践 技 能考 核 分 数 |  |

**临沂市母婴保健技术服务人员考核审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位意见 |  单位盖章负责人签字 年 月 日 |
| 上级主管部门意见 |  单位盖章负责人签字 年 月 日 |
| 区（县）级卫生行政部门考核审批意 见 |  单位盖章负责人签字 年 月 日 |
| 市级卫生行政部门考核审批意见 |  单位盖章负责人签字 年 月 日 |
| 省级卫生行政部门考核审批意见 |  单位盖章负责人签字 年 月 日 |

**临沂市母婴保健技术服务人员考核审批表**

|  |
| --- |
| **此页用于粘贴以下材料：**1. 申请人身份证复印件1份；
2. 医学学历复印件1份；
3. 技术职称复印件1份；
4. 《医师资格证书》或者《执业助理医师资格证书》复印件1份；
5. 《医师执业证书》或者《执业助理医师执业证书》复印件1份；
6. 《护士执业证书》复印件1份；
7. 相关专业培训的复印件1份；
8. 离退休返聘人员、外聘人员要有原单位出具其所从事专业的证明原件，现聘用单位出具的聘用证明原件。
 |