母婴保健服务人员资格认定

申请登记书

 申 请 人：

 所在单位：

河南省卫生健康委员会制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  | 1寸近期免冠照片 |
| 学历 |  | 专业 |  | 从事本专业年限 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 医师资格证书编码 |  |
| 医师执业证书编码 |  | 护士执业证书编码 |  |
| 参加相关培训情况 | 培训地点：培训时间：培训学时：培训主要内容： |
| 考核情况 | 考核地点：考核时间：考核结果： 合格□ 不合格□ |
| 所在单位名称 |  | 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 电话手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 申请技术服务项目类别 | **□助产技术服务 □结扎手术 □终止妊娠手术** |
| **提交材料清单:**1.《母婴保健服务人员资格认定申请登记书》一式一份；2.申请人相关证件（执业证书、医师资格证书、学历证书、培训证书和卫生专业技术职务任职资格证书）原件及复印件各一份；3. 1寸近期免冠照片2张；4.委托他人办理的，还应提供受委托人身份证复印件一份和委托书。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 行政许可申请人 | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。申请人（签字）：年 月 日 |
| 申请人所在单位 | 经研究，同意该申请人员申报。单位负责人签字： 单位公章 年 月 日 |
| 行政许可受理机关 | 承办人：  　　　　　　　 　 年 月 日 |