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 |