

附件

山东省人体器官移植医师资格认定申请表

姓名		执业医疗机构	
执业类别		医师资格证书编号	
执业范围		医师执业证书编号	
医师联系方式	手机号:	电子邮箱:	
工作 简 历	时间	执业医疗机构	从事专业
专业 技术 职务 任职 资格	时间	专业技术职务	专业
接受培训的器官移植医师培训基地名称及培训时间	(符合培训后申请认定条件的医师填写)		
申请认定的移植医师类别 (勾选)	肾脏 <input type="checkbox"/> 肝脏 <input type="checkbox"/> 心脏 <input type="checkbox"/> 肺脏 <input type="checkbox"/> 胰腺 <input type="checkbox"/> 小肠 <input type="checkbox"/>		

