《母婴保健技术考核合格证书》（产前诊断）

定期校验申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | | **出生日期** | |  | | | **粘贴小二寸**  **免冠照片** |
| **民族** |  | | **学历** | |  | | **毕业学校** | |  | | |
| **工作单位** | |  | | | | | | | | | |
| **技术职称职务** | |  | | **手机** | | |  | | **原获证时间** | | | **年 月** |
| **身份证号码** | |  | | | | | | | | | | |
| **证书项目** | | **临床 检验 医学影像** | | | | | | | | | | |
| **获得证书后工作单位变动情况** | | **① 无变动； ②有变动： 即于　　年 月从　　　　　　　　　单位到** | | | | | | | | | | |
| **目前工作岗位** | |  | | | | | | | | | | |
| **3年内在岗情况说明** |  | | | | | | | | | | | |
| **专业技术小结** |  | | | | | | | | | | | |
| **继续教育和进修情况** |  | | | | | | | | | | | |
| **单**  **位**  **意**  **见** | **公章**  **年 月 日** | | | | | **县（区）卫生计生部门意见** | | **公 章**  **年 月 日** | | **市级卫生技术部门审核意见** | **公章**  **年 月 日** | |