附件

福建省产前筛查诊断人员资质考试报名审核表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 相片处（一寸彩色免冠照片） | |
| 民族 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 报考信息 | 医师执业证书  编码 |  | 执业范围 |  | 职称 |  |
| 考试专业 | 临床类：妇产科（ ）、儿科（ ）  超声诊断类：（ ）  实验室技术类：（ ） | | | | |
| 考试类别 | 产前筛查（ ）产前诊断（ ） | | | | |
| 教 育信 息 | 毕业学历 |  | 毕业学校 |  | | |
| 学位 |  | 毕业专业 |  | | |
| 毕业时间 |  | | | | |
| 工作情况 | 单位名称 |  | | | | |
| 现从事专业 |  | 开始从事专业时间 |  | | |
| 进修培训情况 | 省级及以上产前诊断技术培训班名称 |  | 继续医学教育学分  证书编号 |  | | |
| 培训时间 |  | 培训单位 |  | | |
| 进修单位 |  | 进修专业 |  | | |
| 进修起止时间 | 自 年 月至 年 月 | | | | |
| 其他 | 联系电话 |  | 邮编 |  | | |
| 联系地址 |  | | | | |
| 申报人员签名 | |  | | | | |
| 所在单位意见 | | 以上情况属实，同意报考  公章  年 月 日 | | | | |
| 所在单位联系人  联系电话  地址  （统一寄送准考证用，请填写准确） | |  | | | | |

备注：

1. 实验室技术专业不需要填写医师执业证书编码。

2. 执业范围应按照医师执业证书填写。

3. 此表须申报人员仔细核对后签字确认，一旦确认不得更改。

4. 考试机构将根据本表填写的联系方式寄送准考证材料，请确保联系方式真实、有效、无误。

5. 考生所在单位应统一收集本单位人员报名表后，寄送省卫生计生人才服务与对外交流合作中心。地址：福州市鼓楼区鼓屏路61号省卫生计生委大院9号楼 省卫生计生人才服务与对外交流合作中心；邮编：350003。联系人：史鲁闽，联系电话：0591－87827296。