附件 2

**海口市母婴保健技术服务人员资格考试申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 工作单位 |  | 学历 |  |
| 毕业医学院校 |  | 所学专业 |  |
| 获得执业助理医师、执业医 师、执业护士资格时间 |  | 证书号 |  |
| 技术职称 |  | 身份证号 |  |
| 申报专项技术 考核项目 |  | 从事该专项技术时间 |  |
| 近三年有无医疗事故差错发生 |  |
| 专业技术 培训经历 |  |
| 专业技术 工作简述 |  |
| 单位意见 | 负责人签名年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 市卫生健康 委主管部门 初审意见 | 负责人签名 单位盖章年 月 日 |
| 项目 | 助产技术 | 终止妊娠术 | 结扎术 | 监考专家签名 |
| 助产 | 剖腹产 | 产钳术 | 人流 | 引产 |
| 理论考试分数 |  |  |
| 技术操作 考核分数 |  |  |
| 资格考试合 格证书编码 |  |
| 市卫生健康 委员会意见 | 签名： 单位盖章年 月 日 |

**注 ：本表为申请助产技术 、结扎术 、终止妊娠术人员填报 ，一式两份， 分别由本人所在单位、市卫健委存档**