|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业类别** | **姓名** | **职称** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
| **放射肿瘤医师** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **物理师** | **姓名** | **职称或学历** | **能力考核合格证明编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **病理学、医学影像学技术人员** | **姓名** | **执业范围** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **技师** | **姓名** | **《卫生专业技术资格》管理号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |
| 注：1.需提交《医师执业证书》《专业技术人员任职资格证书》/《学历证书》和物理师、技师相关证书复印件；2.放射工作人员数量应能满足本单位相应诊疗设备要求。 |

**放射诊疗专业技术人员一览表（放射治疗）**

**放射诊疗专业技术人员一览表（核医学）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业类别** | **姓名** | **职称** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
| **核医学医师** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **病理学、医学影像学技术人员** | **姓名** | **执业范围** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **技师** | **姓名** | **《卫生专业技术资格》管理号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |
| 注：1.需提交《医师执业证书》《专业技术人员任职资格证书》和技师相关证书复印件；2.放射工作人员数量应能满足本单位相应诊疗设备要求。 |

**放射诊疗专业技术人员一览表（介入放射学）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业类别** | **姓名** | **职称或学历** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
| **放射影像医师** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **技师** | **姓名** | **《卫生专业技术资格》管理号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **相关学科****专业技术人员** | **姓名** | **证书编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |
| 注：1.需提交《医师执业证书》《专业技术人员任职资格证书》/《学历证书》和技师相关证书复印件；2.放射工作人员数量应能满足本单位相应诊疗设备要求。 |

**放射诊疗专业技术人员一览表（X射线影像诊断）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业类别** | **姓名** | **《医师执业证书》编号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
| **放射影像医师** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **技师** | **姓名** | **《卫生专业技术资格》管理号** | **职业健康体检****日期/结论** | **最近一次个人剂量****监测日期** | **放射防护培训****日期** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注：1.需提交《医师执业证书》和技师相关证书复印件；2.放射工作人员数量应能满足本单位相应诊疗设备要求。 |