|  |
| --- |
| 受理编号：( )卫母婴人员申( )第 号  受理日期： 年 月 日 |

母婴保健服务人员资格认定申请

登记书

申 请 人：

所在单位：

河南省卫生健康委员会制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | | **性别** | |  | **年龄** |  | **技术职称** |  | 1寸近期  免冠照片 |
| **学历** |  | | | **技术专科** | |  | | **身份证号** |  | | |
| **医师执业**  **证书编码** | | |  | | | | | **联系电话** |  | | |
| **所在单位名称** | | |  | | | | | | | | |
| **申请母婴保健技术考核项目** | | |  | | | | | | | | | |
| **提交材料清单:**  1.《母婴保健服务人员资格认定申请登记书》；  2.1寸近期免冠照片2张；  3.《医师执业证书》原件。 | | | | | | | | | | | | |
| **行政许可**  **申请人** | | 承诺：以上提交材料真实合法有效，并对申请材料实质内容的真实性负责。如有虚假，愿意承担相应的法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **申请人所在单位**  **意见** | | 经研究，同意该申请人员申请母婴保健服务人员资格认定。    法定代表人（签字）： 申请单位（公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **行政许可**  **受理机关** | | 提交申请材料齐全。  收件人： 收件日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |