附件三：

成都高新区医疗质量控制分中心

入库专家审批表

（ 分中心）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 民 族 |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | 学 历 |  | | 政治面貌 |  |
| 职 称 |  | 职 务 |  | | 专 业 |  |
| 取得专业技术职称时间 | |  | | | 执业类别 |  |
| 单 位 |  | | | | | 科 室 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 手机电话 |  |
| E-mail |  | | | | | 微信号 |  |
| 本人专业方向及个人简介，主要专业擅长及社会兼职（另附页） | | | | | | | |
| 本人声明：  近三年执业过程中，没有发生过医疗责任事故。上述填报内容的真实有效。如被批准为（ ）分中心成员，我将认真遵守医疗质量控制委员会的有关规定，积极参高新区医疗质量控制服务中心的各项工作，做个有担当负责任的专家组成员。  签 字： 日 期： | | | | | | | |
| 所在单位意见：  年 月 日 | | | | 区社事局意见：  年 月 日 | | | |