附件1

湖南省医学会医学鉴定专家推荐审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、基本情况 | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | 相片 |
| 出生日期 |  | | | 籍贯 | 市（县） | |
| 工作单位 |  | | | 科室 |  | |
| 职 称 |  | | | 职务 |  | |
| 毕业院校及学历 | |  | | | | | |
| 手机号码 | |  | | | | | |
| 二、工作简历情况（空间不够可另附A4纸打印） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 三、本人声明与承诺 | | | | | | | |
| 1.自愿加入湖南省级医学鉴定专家库；  2.有时间和精力，积极认真参加鉴定会，客观公正进行鉴定；  3.本人所填写的内容、提供的材料真实可信。  签名：  年 月 日 | | | | | | | |
| 四、所附材料 | | | | | | | |
| 1.身份证复印件  2.《医师执业证书》（或《护士执业证书》）复印件  3.《专业技术职务资格证书》（即职称证）复印件 | | | | | | | |
| 五、本人适宜参加哪些专业的案件鉴定（可根据自己情况从列表中多项选择） | | | | | | | |
| **□呼吸内科** **□神经内科** **□血液内科** **□消化内科**  **□内分泌科**  **□心血管内科** **□肾病科** □血液净化  **□风湿免疫科**  **□儿科** □新生儿科 □小儿传染 □小儿消化 □小儿呼吸  □小儿内分泌 □小儿心内 □小儿肾内 □小儿血液 □小儿神内  **□产科** □生殖医学 **□妇科**  □妇科肿瘤 □妇科腔镜  **□普通外科** □胃肠外科 □肝胆外科 □甲状腺外科 □乳腺外科  □肛肠外科 □血管外科 □小儿普外科  **□骨科** □关节外科 □创伤骨科 □脊柱外科 □手外科  □足踝外科 □小儿骨科  **□胸心外科 □神经外科 □泌尿外科**  □男科  **□烧伤外科** **□整形外科** **□医疗美容科 □皮肤科** □性病科  **□眼科** **□耳鼻咽喉科**  □头颈外科  **□口腔科** □口腔颌面外科 □口腔修复 □口腔正畸 □口腔内科  **□法医学 □精神科** **□麻醉科** **□病理科**  **□预防医学**  **□传染科** □肝病 **□结核病科 □急诊医学 □重症医学**  **□肿瘤内科 □肿瘤放疗科 □护理学 □康复医学**  **□放射影像科**  **□超声科** □产前超声 **□医学检验科**  □输血科  **□西药学 □中药学**  **□中医内科 □中医骨伤科 □中医针灸 □中医推拿 □中医肛肠科**  对专业情况的特别说明： | | | | | | | |
| 六、单位推荐意见  （盖 章）  年 月 日 | | | 七、市医学会初审意见  （省部直医院、高院、检察院、公安厅、各司法鉴定机构推荐专家无需市医学会初审）  （盖 章）  年 月 日 | | | 八、省医学会审定意见  （盖 章）  年 月 日 | |