附件1

**安徽省医学会医疗事故（损害）技术鉴定**

**专家库成员申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 汉语拼音 |  | 近 期 二 寸 免 冠 照 片 |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 党 派 |  | 出生日期 |  |
| 专业技术职称 |  | 身体情况 |  |
| 研究生导师 | 否/硕导/博导 | 学 位 |  | |
| 学科专业 | 一级学科： | | 二级学科： | |
| 三级学科： | | 专长： | |
| 工作单位及  职务 |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | |
| 手机号码 |  | | | |
| 参加鉴定经历 |  | | | |
| 国内外学术  任职 |  | | | |
| 专家本人意见 | 我申请加入安徽省医学会医疗事故（损害）技术鉴定专家库，接受安徽省医学会组织的专家培训、考核和管理，按照《民法典》《医疗事故处理条例》《医学会医疗损害鉴定规则（试行）》等相关规定，积极参加安徽省医学会组织的鉴定会，并遵守《民事诉讼法》有关规定，按照人民法院的要求出庭作证。  专家签名： 年 月 日 | | | |
| 所在单位意见 | 单位印章  年 月 日 | | | |
| 省医学会  审批意见 | 学会印章  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | |

填表说明：1.请按照中华医学会《医疗损害鉴定学科专业组名录》所列科目依次填写专业。

2.照片贴一张，交省医学会一张（请在照片背后署名）。