**附件2：**

**湖北省医学鉴定专家库成员推荐审批表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** | |  | **出生年月** | |  | | **照片** |
| **技术职称** |  | **取得时间** | | |  | | | |
| **工作单位**  **及科室** |  | | | | | | | |
| **办公电话** |  | | | | | **手机号码** | |  | |
| **下午门诊时间** |  | | | | | | | | |
| **下午手术时间** |  | | | | | | | | |
| **鉴 定**  **专 业**  **选 择**  **（请在□**  **内打√）** | 内 科：□呼吸内科专业 □消化内科专业 □神经内科专业 □心血管内科专业  □血液内科专业 □肾病学内科专业 □内分泌专业 □免疫学专业  外 科：□普通外科专业 □肝胆外科 □胰腺外科 □胃肠外科 □肛肠外科  □甲状腺外科 □乳腺外科 □血管外科 □神经外科专业 □骨科专业  □关节外科 □脊柱外科 □手足外科 □泌尿外科专业 □胸外科专业  □心脏大血管外科专业 □烧伤科专业 □整形外科专业  妇产科：□妇科专业 □产科专业 □生殖健康与不孕症专业  儿 科：□新生儿专业 □小儿呼吸专业 □小儿消化专业 □小儿心血管内科  □小儿神经病学专业 □小儿肾病专业 □小儿血液病专业 □儿科危重医学  小儿外科：□小儿普通外科专业 □小儿神经外科专业 □小儿骨科专业  □小儿胸心外科专业  □眼 科 耳鼻咽喉与头颈外科：□耳科专业 □鼻科专业  口腔科：□儿童口腔专业 □口腔颌面外科专业 □口腔正畸专业 口口腔修复专业  □皮肤性病科 □精神科  □感染性疾病科 □结核科  肿瘤科：□肿瘤内科专业 □肿瘤放射治疗专业  □急诊医学科 □康复医学科  □麻醉科 □重症医学科  医学影像科：□影像诊断 □超声诊断专业 □介入放射学专业  药学：□中药专业 □西药专业  □病理学 □护理学  □中医科 □中西医结合科  □法医学 □法学 | | | | | | | | |
| **其他专业** | |  | | | | | | |

尊敬的专家候选人：

首先感谢您对医鉴工作的理解与支持！根据《民事诉讼法》第七十八条规定：当事人对鉴定意见有异议或者人民法院认为鉴定人有必要出庭的，鉴定人应当出庭作证；经人民法院通知，鉴定人拒不出庭作证的，鉴定意见不得作为认定事实的根据。

本届同时准备组建常任专家库，常任专家库的专家作为鉴定专家组组长，如遇到需出庭质证情况，需要专家组长配合出庭质证。对此，我们医学会将积极与委托法院沟通协商，确保出庭专家的人身安全。特此说明！

|  |  |
| --- | --- |
| **本人意见** | 本人自愿申请加入湖北省医学鉴定专家库，正风肃纪，依法履职，积极参加鉴定会。（请在选项后“□”内打√）  同意□ 不同意□    **签名： 年 月 日** |
| **单位意见** | **单位印章**  **年 月 日** |
| **省医学会**  **审批意见** | **单位印章**  **年 月 日** |
| **备**  **注** |  |