浙江省职业病诊断医师管理办法

第一条 为加强职业病诊断医师队伍建设，规范职业病诊断行为，依据《中华人民共和国职业病防治法》《中华人民共和国医师法》和《职业病诊断与鉴定管理办法》等法律、法规和规章，结合我省实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于浙江省行政区域内从事职业病诊断、职业健康检查主检等工作的职业病诊断医师的监督和管理工作。

第三条 省卫生健康委负责全省职业病诊断医师的监督和管理，各地卫生健康主管部门负责本行政区域内职业病诊断医师的监督和管理工作。职业病诊断医师资格认定工作委托各设区的市、义乌市、嘉兴市下辖县级卫生健康主管部门(以下简称资格认定机关)具体承担。

第四条省职业病防治培训中心负责全省职业病诊断医师的专业技术培训考核和日常管理工作。

第五条开展职业病诊断和职业健康检查的医疗机构应设置或指定职业病诊断医师管理办公室，负责本机构职业病诊断医师日常管理工作。

第六条 职业病诊断医师应当具备良好的职业道德，自觉遵守有关法律法规，依法开展职业病诊断等工作。

第七条 拟从事职业病诊断的医师需按照《职业病诊断医师培训大纲》完成相应内容的学习培训，培训后进行理论和（或）实践考核。主要内容包括职业病防治法律法规、相关国家职业卫生与放射卫生标准、职业病诊断能力以及典型职业病诊断案例分析等。

省职业病防治培训中心负责制订年度培训计划,并报送省卫生健康委，同时做好师资、教材和教学设备等准备工作，按计划组织实施培训。

第八条职业病诊断医师资格考核分为以下四个类别：

（一）职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病；

（二）职业性化学中毒；

（三）职业性放射性疾病；

（四）其他类。

职业病诊断医师拟取得多个类别职业病诊断医师资格的，应当参加每个类别的培训和考核。

第九条省职业病防治培训中心应当按类别建立考试题库，在培训结束后组织考核，并将考核结果上报省卫生健康委。考核合格者可获得相关证明文件，作为取得职业病诊断资格证书的条件之一；考核类别作为职业病诊断医师资格证书诊断类别确定的依据。证明文件有效期两年。

第十条执业医师申请职业病诊断资格，应当具备以下条件：

（一）具有医师执业证书；

（二）具有中级以上卫生专业技术职务任职资格；

（三）熟悉职业病防治法律法规和职业病诊断标准；

（四）从事职业病诊断、鉴定相关工作三年及以上；

（五）按规定参加职业病诊断医师相应考核类别的培训，并考核合格。

申请职业病诊断医师资格应当向所在地资格认定机关提出，并提交《浙江省职业病诊断医师资格申请表》（附件1）及所附资料。

第十一条资格认定机关收到申请材料后，应当在五个工作日内对申请材料进行书面审查，作出是否受理的决定，不受理的应当说明理由并书面通知申请人。申请材料不齐全或者不符合法定形式的，应当在五个工作日内一次性告知申请人需要补正的全部内容。申请材料齐全、符合法定形式，或者申请人按照要求提交全部补正申请材料的，应当受理。

第十二条资格认定机关应当在受理之日起十个工作日内作出是否批准的决定。对批准的申请人颁发《职业病诊断医师资格证》，不批准的应当说明理由并书面通知申请人。

第十三条 取得职业病诊断资格的医师变更诊断类别等事项的，应当向原资格认定机关申请办理变更手续。申请变更职业病诊断医师诊断类别的，应提交《浙江省职业病诊断医师资格变更申请表》（附件2）及所附资料。

第十四条职业病诊断医师应当依法在其资格范围内从事职业病诊断工作，不得从事超出其职业病诊断资格范围的职业病诊断工作；从事职业健康检查主检工作的，不得从事超出其职业病诊断资格范围对应职业健康检查类别的职业健康检查主检工作。

第十五条职业病诊断医师应当每四年至少参加一次相关诊断类别的省级以上职业病诊断医师继续教育。

第十六条取得职业病诊断资格的医师有下列情形之一的，其所在机构应当在三十日内报告原资格认定机关，由该机关注销其资格:

（一）死亡；

（二）受刑事处罚的；

（三）受吊销医师执业证书行政处罚的；

（四）法律、法规规定的不宜从事职业病诊断活动的其他情形。

被注销职业病诊断医师资格的情形消除后，重新申请职业病诊断医师资格的，应当依照本办法重新申请。

第十七条省职业病防治培训中心应建立健全职业病诊断医师专业技术培训考核、继续教育和日常管理制度，每年定期向省卫生健康委报送职业病诊断医师培训教育、日常管理等情况。

第十八条职业病诊断医师在执业活动中违反有关法律法规的，按照有关法律法规处理。

附件：1. 浙江省职业病诊断医师资格申请表

2. 浙江省职业病诊断医师资格变更申请表

附件1

浙江省职业病诊断医师资格申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | 性 别 | | | |  | | | | | 贴  照  片  处 | | | | | | |
| 出生年月 |  | | | | | | | 职 称 | | | |  | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | | | 学 历 | | | |  | | | | |
| 从事专业及工作年限 | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业\_\_\_\_\_\_\_\_年 | | | | | | | | | | | |
| 申请类别：□职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病；□职业性化学中毒；□职业性放射性疾病；□其他类 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位： 办公电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址： 邮 编： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请时需提交下列资料（复印件须有申请人签名确认，并提供原件供核对）：  1．《专业技术职务资格证书》复印件（中级以上卫生专业技术职务任职资格）  2．《医师执业证书》复印件  3．身份证复印件  4．职业病诊断医师资格考核合格证明  5．2寸免冠正面半身照片二张 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人保证申请表中各栏所填内容及所提交的证明文件和照片真实无假，如有任何虚假，愿负法律责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | 申请表中所填内容是否属实，是否同意该人申请相应类别职业病诊断医师资格。    负责人签名： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

浙江省职业病诊断医师资格变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | | 性 别 | | |  | | | | | | | | |
| 出生年月 |  | | | | | | | | 职 称 | | |  | | | | | | | | |
| 所学专业 |  | | | | | | | | 学 历 | | |  | | | | | | | | |
| 原资格证书编号： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 从事职业病诊疗相关工作年份\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_年 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请变更内容：  原职业病诊断类别：□职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □职业性化学中毒 □职业性放射性疾病 □其他类  变更后职业病诊断类别：□职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病 □职业性化学中毒 □职业性放射性疾病 □其他类 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位： 办公电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系地址： 邮 编： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请时需提交下列资料（复印件须有申请人签名确认，并提供原件供核对）：  1．已取得的《职业病诊断医师资格证》原件  2．与变更申请类别一致的职业病诊断医师资格培训考试合格证明（成绩单） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人保证申请表中各栏所填内容及所提交的证明文件和照片真实无假，如有任何虚假，愿负法律责任。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | 申请表中所填内容是否属实，是否同意该人申请相应类别职业病诊断医师资格。    负责人签名： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |