|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （2寸彩色免冠照片） |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 健康状况 |  |
| 身份证号 |  | 邮编 |  |
| 工作单位 |  | 部门 |  |
| 通讯地址 |  | E-mail |  |
| 办公电话 |  | 传真 |  | 手机号码 |  |
| 现职称及 晋升时间 |  | 职务及任职时间 |  | 从事相关 专业年限 |  |
| 申请领域 | 口医疗机构管理□医疗服务□医院感染控制□临床检验□基层卫生 口医疗卫生建设装备□血液□护理 □妇幼健康 □老年健康 □财务 |
| 与申请类 别相关的 工作及标 准化工作 经验 |  |

附件1

评审专家库成员推荐表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主要学习与工作经历（大学始） | 起止时间 | 工作单位 | 从事何专业技术工作 | 职称 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 个人承诺 | 我承诺以上信息真实、全面。我愿意承担医疗标准协调管理机构评审专 家库成员工作，服从各项工作安排，并保证严格遵守相关规定，做到客观公 正，遵守有关保密规定。个人签名： 2020年 月 日 |
| 专家 所在 单位 推荐 意见 | 我单位将对被推荐者在其担任专家期间给予必要的工作便利和支持.负责人（签章）： 推荐单位（盖章）2020年 月 日 |
| 备注 |  |