附件1

国家卫生健康技术推广应用专家登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | | 相片 |
| 身份证号 |  | | | | 民族 |  | |
| 学历 |  | 学位 |  | | 所学专业 |  | |
| 工作单位 |  | | | | 政治面貌 |  | |
| 技术职称 |  | | 单位职务 | |  | 工作年限 |  | |
| 办公电话 |  | | 住宅电话 | |  | 移动电话 |  | |
| 传真号码 |  | | E-mail | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮政编码 |  | |
| 现从事专业 |  | | | | | | | |
| 主要工作简历（500字以内）： | | | | | | | | |
| 推荐单位或部门意见：  年 月 日 | | | | 合作共建单位意见：  年 月 日 | | | | |
| 审核处室意见：  年 月 日 | | | | 中心意见：  年 月 日 | | | | |

2023年11月制