**附件1**

**重点专项评审专家推荐表**

**重点专项名称：主动健康和老龄化科技应对**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家姓名 | 工作单位 | 职务/职称 | 手机 | 邮箱 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：为便于做好推荐专家标识和联络，手机和邮箱为必填项，否则推荐视同无效。身份证号请尽量填写。工作单位应填写规范全称。方向：为老龄基础、老年退行性疾病、颊囊促进、康复辅具技术与产品，可多选。5日12点前报送电子版即可：476052820@qq.com