附件1

专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片 | | |
| 学 历 |  | | 专业 |  | 从事专业及相关工作年限 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 科 室 | |  |
| 单位地址 |  | | | | | | 邮 编 | |  | |
| 办公电话 |  | | | | | 传 真 |  | | | |
| 职务/职称 |  | | | | | 身份证号 |  | | | |
| 手 机 |  | | | | | 电子信箱 |  | | | |
| 工 作  简 历 |  | | | | | | | | | |
| 教育经历（从大专、大学填起） |  | | | | | | | | | |
| 研究方向及专长 |  | | | | | | | | | |
| 拟申请  专家类别（最多勾选两个） | 🞎 药品类 🞎 化妆品类  🞎 医疗器械类 🞎 财务类  🞎 监管类 🞎 医学类  🞎 其他类 | | | | | | | | |
| 本人保证以上信息真实、准确。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所在单位  意见 | | 本表所填信息真实、准确，经我单位审核，同意推荐。  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 科技处  意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 省药品监督管理局审核意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | |