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 |