附件1

**广东省继续医学教育专家库成员申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **汉语拼音** |  | **照****片** |
| **性 别** |  | **出生****年月** |  | **学 历** |  |
| **现专业技****术职务** |  | **任现技术职务起止时间** |  |
| **现从事学科****专业** |  | **健康****状况** |  |
| **所在单位****及职务** |  | **通讯****地址** |  |
| **手机号码** |  | **电子邮箱** |  |
| **工作情况****（在□打“√”）** | **□在职 □退休返聘 □退休** | **身份证号** |  |
| **工作业绩和参与继续医学教育的工作经历** |  |
| **专业技术特长及发展方向** |  |
| **申请人****意 见** | **签 名****年 月 日** |
| **工作单位****意 见** | **盖 章****年 月 日** |
| **广东省继续医学教育委员会意见** | **盖 章****年 月 日** |
| **备 注** | **在职人员需工作单位审批同意，请确保手机及邮箱正确。** |