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。** | | | | | |