附件

广东省医学会脑机接口专业委员会成员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本信息** | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | | | | （一寸免冠  照片） |
| 出生年月 |  | 民族 | | |  | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 部门 |  | 职务\职称 | | | |  | | | |
| 联系电话 |  | 通讯地址 | | | | |  | | |
| 所属领域 | 临床医学领域□ 工程技术与信息科学领域□  基础研究领域□ 金融投资领域□ 其他相关领域□ | | | | | | | | |
| **二、工作经历** | | | | | | | | | |
| 起止时间 | 单位名称 | | 职务\岗位 | | | | | 主要职责与研究方向 | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
|  |  | | |  | | | |  | |
| **三、学术成果** | | | | | | | | | |
| 代表性论文/著作、科研项目、专利/标准/奖项等。 | | | | | | | | | |
| **四、脑机接口领域相关学科工作开展情况** | | | | | | | | | |
| 围绕以下几点展开说明，包括但不限于1.研究方向与专长；2.相关临床/科研/产业转化经历；3.拟为委员会贡献的领域。 | | | | | | | | | |
| **五、单位推荐意见** | | | | | | | | | |
| 由申请人所在单位填写，需加盖公章。  推荐意见：（单位对申请人学术能力、专业水平及参与委员会工作的支持意见）  公章：（盖章处）  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **六、申请人声明** | | | | | | | | | |
| 本人承诺以上填写内容真实有效，并自愿遵守广东省医学会及脑机接口专家委员会的章程与工作条例，积极参与委员会活动，推动脑机接口产业创新发展。  申请人签名：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **广东省医学会审核意见** | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | |