附件3

广州市医药卫生科教项目评审专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 工作所在地 |  | 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 工作单位 |  | 职　务 |  |
| 通讯地址 |  |
| 办公电话 |  | 家庭电话 |  | 手 机 |  |
| 传 真 |  | E-mail |  | 邮 编 |  |
| 第一学历 |  | 学 位 |  | 专 业 |  | 毕业学校 |  |
| 最高学历 |  | 学 位 |  | 专 业 |  | 毕业学校 |  |
| 专业技术职称 |  | 教 学职 称 |  | 博 导 | □是□否 | 硕 导 | □是□否 |
| 现从事专业 |  | 享受政府特殊津贴 | □ 国家级 □ 省级 □ 市级 |
| 单位类别 | □省、部属单位 □市属单位 □区(县)属单位 □其它  |
| 现熟悉学科领域：（具体到二、三级学科，不要填代码） | 最熟悉 |  |  |  |
| 较熟悉 |  |  |  |
| 次熟悉 |  |  |  |
| 专家评审费用银行信息： |
| 银行名称 |  | 开户户名 |  | 银行帐号 |  |
| 支行所属 |  省 （市/县） 支行 |
| 近三年主要科研项目及完成情况（名称、项目来源、立项时间、本人承担的工作）： |
| 科技奖励获得情况： |
| 参加国家、省、市级等课题评审经历： |
| 所在单位意见：盖 章 年 月 日 | 广州市卫生局意见：盖 章 年 月 日 |

注：1、工作单位请写全称，高等院校或医院请写明所在学院或科室

 2、最熟悉技术领域必须填写，熟悉技术领域请填写二到三级。

3、专家银行帐号信息请认真填写，将作为评审费用转账之用。

4、邮箱地址及手机号码，请确保有效，将作为系统的主要联系方式。