**韶关市医药行业中级专业技术资格评委会**

**评 委 库 入 库 人 员 推 荐 表**

联系人： 电话： 传真：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | 出生时间 | | 年 月 |
| 工作单位 | |  | | | | | | 党 派 | |  |
| 现专业技术资  格及取得时间 | | |  | | | | | 现 任  行政职务 | |  |
| （取得时间） | | | | |
| 何时何院校毕业 | | | |  | | | | 所 学  专 业 | |  |
| 最高学历（学位） | | | |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 专业组 | □药学 □中药学 □制药 □医疗器械 | | | | | | | | | |
| 个人电子邮箱地址 |  | | | | | 联系  方式 | 手机： | | | |
| 电话号码： | | | |
| 主  要  专  业  工  作  经  历 |  | | | | | | | | | |
| 专业技术特长或学科方向 |  | | | | | | | | | |
| 主要专业技术业绩成就情况 |  | | | | | | | | | |
| 主要论文著作情况 |  | | | | | | | | | |
| 个  人  意  见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 推  荐  单  位  意  见 | （盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 职  改  部  门  意  见 | （盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：1、推荐评委库入库委员用表。

2、此表由推荐单位填写，报职称管理部门遴选。