附件1

广西中医药科技项目评审专家库专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍贯 |  | 政治面貌 |  | 参加工作时间 |  |
| 身份 证号 |  | 最高学历学位 |  |
| 毕业院校及专业 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 技术职称 |  | 取得现技术职称年限 |  |
| 现从事专业领域或主要研究方向 |  | 从事专业年 限 |  |
| 银行卡号 |  | 开户行 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机号码 |  | 办公电话号码 |  |
| 获得中医药相关荣誉 |   |
| 近5年参与科技项目取得成果（200字以内） |  |
| 以往曾担任评审专家情况 |  |
| 本人意见 | 本人承诺推荐材料中所有信息真实可靠，并能够按要求完成评审工作。（）是 （）否 愿意参加中医药自筹经费科研课题评审。签字： 年 月 日 |