附件2

广州市医疗器械创新服务技术专家库

成员申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 大一寸彩色照片 |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 学 历 |  | 所学专业 |  |
| 工作单位 |  | 工作年限 |  |
| 现从事岗位 |  | 职 务 |  |
| 身份证号码 |  | 办公电话/传真 |  |
| 移动电话 |  | E-mail |  |
| 通信地址 |  | 邮 编 |  |
| 教育及培训经历 | （大学及以上教育经历情况，包括时间、学校、所学专业、学历及学位证书获得情况；培训时间、培训内容、培训举办机构等。） |
| 工作经历 | （包括时间、单位、工作部门、所从事的工作内容） |
| 专业技术职称情况 | （包括时间、颁发部门、技术职称及执业资格名称） |
| 发表过的医疗器械方面专著、文章 | （包括标题，刊物名称，发表时间） |
| 熟悉的细分专业或领域 | （参考附件3，在附件3中对应内容上打√） |
| 申请人意见 | 我自愿申请成为广州市医疗器械创新服务技术专家库成员。签名年 月 日 |
| 申请人单位意见 | 经审查，本表所填信息真实、准确，同意推荐。单位（盖章）年 月 日 |