附件1

**海南省卫生健康行业科研项目评审专家推荐表**

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |  |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | 从事专业 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 院系/科室 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 研究领域 |  |
| 二级学科 |  | 学科代码 |  |
| 三级学科 |  | 学科代码 |  |
| 银行卡开户行 |  | 银行卡卡号 |  |
| 个人联系方式 |  | 电子邮件 |  |
| 通讯地址 |  | 单位电话 |  |
| 教育经历（从本科填起，按起止时间、学校、专业、学历、学位填写） |
|  |
| 工作经历（按起止日期、工作单位、技术职称、职务、从事工作填写） |
|  |
| 职称/资格/技能证书/GCP相关培训证书（按获得时间填写，并将证书复印件扫描） |
|  |
| 获奖/荣誉（按获得时间填写） |
|  |
| 主持或参与科研项目（项目时间、名称、类别、经费） |
|  |
| 发表学术文章（发表时间、刊物名称、文章名称、作者排序等） |
|  |
| 获得成果（获得时间、内容） |
|  |
| 工作单位意见：盖 章 年 月 日 |

备注：学科分类标准按《中华人民共和国国家标准学科分类与代码》（GB/T 13745-2009）。