附件1

深圳市医疗保障专家申请表

申请时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 身份证号码 |  | |
| 所在单位 |  | | | 单位电话 |  | |
| 职 务 |  | | | 职 称 |  | |
| 工作年限 |  | | | 本人电话 |  | |
| 参加学术科研组织情况 |  | | | | | |
| 学习专业 | 中专（专业）：  大专（专业）：  本科（专业）：  硕士研究生（专业）：  博士研究生（专业）：  博士后研究（专业方向）： | | | | | |
| 最高学历 | □中专  □大专  □本科  □硕士研究生  □博士研究生 | 最高学位 | | | □无学位  □学士  □硕士  □博士 | |
| 专长领域  介绍 |  | | | | | |
| 申请人签名 | （本人自愿承担提供虚假材料引发的一切后果） | | 所在单位意见  （盖公章） | | | （无用人单位可不填） |